

様式第1号(第4条関係)

		申請区分	新規・継続・追加・変更				
		受給者番号					
先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書							
受給者	ふりがな氏名				性別	男・女	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日 (満年齢 才)	職業	
	住所	〒 (電話)					
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄		
		保険種別	船員・組合 共済・後期高齢・ 全国健康保険協会・ 国保(一般・退職・組合)		被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証の 発行機関						
	所在地						
申請者	ふりがな氏名				受給者との続柄		
	住所	〒 (電話)					
病名	1. 先天性血液凝固因子障害等						
	2. 血液凝固因子製剤の投与によるH I V感染症						
医療機関	1	名称			診療科		
		住所					
	2	名称			診療科		
		住所					
<p>上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>宮城県知事 殿</p>							

- (注) 1 申請区分のうち、該当するところを○で囲んでください。
2 新規申請以外の場合には、受給者番号を記入してください。