

第2号様式

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	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏 名					
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	住 所	〒 ー 電話（ ） ー				
	加 入 医療保険	保 険 種 別	国保組合 ・ 社保 ・ 共済 ・ 国保 ・ 後期高齢			
		保 険 者 名 (被保険者証発行機関名)				
		被 保 険 者 氏 名		受給者との 続 柄		
		被保険者証の記号・番号				
	医 療 機 関	名 称		所 在 地		
病 名						
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。						
年 月 日						
京都府知事 様						
申請者 住 所 〒 ー						
氏 名						
受給者との続柄（ ）						
電 話（ ） ー						