

先天性血液凝固因子障害等医療 受給者証継続交付申請書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の継続交付を下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

佐賀県知事様

受給者番号						
申請者	住所	〒 - Tel() -				
	氏名			受給者との続柄		
受給者	ふりがな					
	氏名			性別	男・女	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)				
	住所	〒 - Tel() -				
	加入	被保険者氏名			受給者との続柄	
	医療 保険	保険種別	協・組・船・共・国・後			
	被保険者証	記号		番号		
	特定疾病療養受療証	有・無	入院時食事療養費の標準負担額減額認定証		有・無	
医療機関	所在地	〒 - Tel() -				
	名称					
摘要			健康増進課 受付印			

※記入もれのないよう注意してください。