

(様式第4号)

先天性血液凝固因子障害等医療 受給者証再交付申請書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の再交付を以下のとおり申請します。

年 月 日

佐賀県知事様

受給者番号							
申請者	住所	〒 ー					
		TEL () ー					
受給者	氏名			受給者との続柄			
	ふりがな 氏名						
受給者	生年月日	年 月 日生 (歳)					
	住所	〒 ー					
		TEL () ー					
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄		
	保険種別	協・組・船・共・国・後・()					
医療機関	所在地	〒 ー					
		TEL () ー					
	名称						
再交付を必要とする理由	(該当する項目に○をつけてください。) ① 「先天性血液凝固因子障害等医療受給者証」を汚損したため。 (この場合は、汚損した受給者証を裏面にのりづけすること。) ② 「先天性血液凝固因子障害等医療受給者証」を紛失したため。 どのような事情で紛失されたのかを必ずお書きください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> </div> ③ その他 ()						

※記入もれのないよう注意してください。

お預かりした個人情報、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付に関する事務においてのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。