（様式第３号）

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以下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														
申請書	住所	〒　－ TEL（　　）　－												
	氏名					受給者との続柄								
受給者	フリガナ 氏名													
	生年月日	年　月　日生　（　歳）												
	住所	〒　－ TEL（　　）　－												
	加入医療保険	被保険者氏名						受給者との続柄						
		保険者名												
		被保険者	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													
個人番号	個人番号（マイナンバー）を記載してください。												受付印	
摘要														

※お預かりした個人情報は、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。
（提出された診断書の記載内容については、医師に問い合わせを行う場合があります。）