様式第１号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書（新規・継続）

<table>
<tr><td rowspan="8">受給者</td><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="3"></td><td>性　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明 大
昭 平　　年　　月　　日生</td><td>職　業</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒
(電話)　　(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">加入医療保険</td><td>被保険者等氏名</td><td colspan="2"></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保健等種別</td><td colspan="4">政・組・船・共・国・(後・介)</td></tr>
<tr><td>被保険者証の記号・番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>被保険者証発行機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>氏　名</td><td colspan="3"></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒
(電話)　　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">病　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関</td><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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。

平成　　年　　月　　日

申請者氏名
(自署又は記名押印)

山形県知事　　吉　村　美栄子　　殿