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	〒　　－ 電話（　　）　　―			
	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			
		被保険者氏名		受給者との続柄	
		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　〒　　－

氏　名

受給者との続柄（　　）

電　話（　　）　　－