第５号様式

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

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		

受給者証	公費負担者番号	5	1	2	6	7	0	1	1
	受給者番号								

医療機関	名　称	所　在　地

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（　　）　　―