

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・更新）

受 給 者	フリガナ			受給者番号	※新規申請は記入不要	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	
	住所	〒 _____ 電話 ()				
	医療保険 (健康保険証)	被保険者			受給者との続柄	
保険種別		市町村国保 ・ 国保組合 ・ 社会保険 ・ 後期高齢				
被保険者証 記号・番号		記号	番号			
保険者番号						
保険者名						
申 請 者	フリガナ			受給者との続柄		
	氏名					
	住所	〒 _____ 電話 ()				
医 療 機 関	名称		名称			
	所在地		所在地			
<p>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。</p> <p>なお、本申請内容に関して加入医療保険者や公的機関等に大阪府が必要な情報を求めることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大阪府知事 様 申請者氏名</p>						