

別記第3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	フリカ`ナ 氏 名				
	生年月日	明・大・昭 平・令                      年           月           日	性 別	男・女	
給  者	住 所	〒 _____ 電話 (         )         -         _____			
	加 入	被保険者等氏名		受給者との 続 柄	
		保 険 等 種 別	協・組・船・共・国・後・介		
	医 療  保 険	被保険者証の 記号・番号			
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			
所 在 地					
申 請 者	氏 名		受給者との 続 柄		
	住 所	_____ 電話 (         )         -         _____			
医 療 機 関	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
	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 style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年           月           日</p> <p style="text-align: right;">山口県知事 様</p>					