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	明・大・昭・平　　年　　月　　日		
	住　　所	〒　　－ 電話（　　）　　―		
	加　入 医療保険	被保険者 氏　　名		受給者との 続　　柄
		保健種別	社保・共済・国保・市町村国保・後期高齢	
		被保険者証の記号・番号		
		保　険　者　名 （被保険者証発行機関名）		

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（　　）　　－