

別記様式第 1 - 2 号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証
交付申請書（更新）

記載事項に変更がある場合は、変更申請書及び
変更内容を確認できる書類も提出してください。

受給者番号			
受 給 者	居住地		
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	
受診医療機関		名称及び診療科目	
電話番号		保険	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所
申請者氏名
受給者との続柄

印

栃木県知事 様