記入不要）A・B・その他
マル長：有り・無し

（様式第１号）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書											
受給者	フリガナ 氏　名		生年月日	大・昭 平・令　年　月　日							
	申請の区分	新規　・　更新	受給者番号 （新規の場合は不要）	９	９						
	住　所	〒　－　　TEL　（　）									
	加入医療保険	被保険者	本人・家族								
		記号・番号(枝番)									
		保険者名									
医療機関	名　称										
	所在地	〒　－									
	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

岡山県知事　殿

〒　－　　TEL　（　）

（申請者）住　所

氏　名

受給者との続柄

以下、記入不可

審査結果		
合格	不合格	保留

医薬安全課受付印欄