様式第８号（第８の４（３）関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  氏 名 |  | | |  | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | 職 業 | |  | |
| 住 所 | （電話） （ ） | | | | | | |
| 加 入  医 療  保 険 | 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 |  | | | | |
| 被保険者証の  記号・番号 |  | | | | | |
| 被保険者証の  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 |  | | | | | | |
| 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 申請者氏名  愛媛県知事　中村　時広　様 | | | | | | | | |