保健所
受付印

様式第１号

先天性血液凝固因子障害等医療券新規交付申請書

受診者	ふりがな 氏　名	（生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日）	男・女	現在の状況	1．在　宅 a　就　労 b　就　学 c　家庭内の生活自立 d　その他 2．入　院
	住　所	〒　　－ 市 町 （電話　　－　　－　　）			
	加入保険	保険の種類	協・組・船・共・国・国(退職)・後	被保険者証の記号番号	
		被保険者氏名	（受診者との続柄　　）		
		発行機関名称		保険者番号	
	他の法令による国、市町村等の負担による医療受給資格		有（制度の名称：　　年　月　日から）・無		
	身体障害者福祉法による身体障害者手帳交付		有（　　級、　年　月　日交付、番号　　号）・無		

利用する医療機関	所在地			
	名　称		診療科名	
	所在地			
	名　称		診療科名	
	所在地			
	名　称		診療科名	

上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療券の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

医療券の送付先（申請者住所と異なる場合にご記入ください。）

（　　）

〒　　－

申請者　住　所

氏　名　　（受診者との続柄　　）

石川県知事　　殿　　（電話　　－　　－　　）

〈添　付　書　類〉
- □ 診断書（ご利用になるいずれかの医療機関が作成したもの）または対象疾患の患者であることを証する所定の書類
- □ 住所を確認できる書類（住民票、運転免許証の写し、保険証の写し等）
- □ 保険証の写し
- □ 特定疾病療養受療証の写し（該当者のみ）

経過	
	審査会(第1回)　年　月　日 承認・保留 審査会(第2回)　年　月　日 承認・不承認・保留

〈申請に当たっての注意事項〉

※１　アパート、マンションの名称、棟番号、部屋番号まで記入してください。

※２　保険証の写しの添付がある場合は、「加入保険」欄については、記入を省略できます。

※３　保険証の写し及び他法による医療受給資格証等の写しの添付をお願いすることがあります。