

(別紙様式例1)

小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書						
受 診 者	氏名			性別	男・女	
	生年月日	昭和	年	月	日	
		平成				
	住所	(電話)				
	加入	被保険者氏名			受診者との 続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国		被保険者証の 記号・番号	
	医療 保険	被保険者証 発行機関名				
所在地						
申請 者	氏名			受診者との 続柄		
	住所	(電話)				
生 計 中 心 者	氏名			受診者との 続柄		
	住所					
	今回申請する受診者以外に既に同一生 計内で受診券の交付を受けている者	有(氏名)				
		無				
疾患名						
医 療 機 関	名称					
	所在地					
上記のとおり、小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。						
		申請者氏名		印		
平成		年	月	日		
		知事(市長) 殿				