様式３

医療受給者証番号 （継続・切換・再交付申請の方のみ記入）							

１．新　規
２．継　続
３．切　換 ⟹

１．受給者証から認定書へ
２．認定書から受給者証へ
（受給者証又は認定書交付年月日　　年　　月　　日
切換（保険区分変更）年月日　　年　　月　　日）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証（患者認定書）交付申請書

患　者	ふりがな		性別	男・女
	氏　名			
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		
	住　所	（〒　　－　　） （電話　　－　　－　　）		
	保険の種類	被用者・国保・国保組合・後期高齢者・生保 その他（　　）	本人・家族の別	本人・家族

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証（患者認定書）の交付を申請します。
年　　月　　日

申請書 （患者本人の場合は氏名のみ記入してください。）	氏　名		患者との続柄	
	住　所	（〒　　－　　） （電話　　－　　－　　）		

北海道知事　様

	収受印	備考
保健所記入欄		・特定疾病療養受療証の交付　１．有　２．無 （新規のみ） ・小児慢性特定疾病医療受給者証の交付（期限切れの証も含む） １．有　２．無 整理番号
本庁記入欄		（申請における注意事項） １　新規申請の添付書類は、個人調査票と住民票です。 （個人調査票は医師が作成したものです。） ２　継続申請の添付書類は、個人調査票です。 ３　切換申請の添付書類は、受給者証又は認定書です。（認定書交付後年度を越えて受給者証に切り換える場合は、個人調査票も添付してください。） ４　再交付申請の添付書類は、再交付を必要とする理由書です。