

(3)先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

様式第3号 (第13条関係)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証								
公費負担者番号	5	1	4	0	7	0	1	3
公費負担医療の受給者番号	9	9						
受給者	氏名							男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日						
	住所							
受療医療機関名								
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで							
発行機関	所在地	福岡市博多区東公園7番7号						
	名称及び印	福岡県知事 (印影)						
交付年月日	年 月 日							