

特定疾患医療受給者証再交付申請書

受給者	受給者番号									疾患名	
	氏名									生年月日	年 月 日
	住所	(〒 -)									電話(- -)
受給者証有効期間		年 月 日から			年 月 日まで						
申請理由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失									
<p>上記理由により、特定疾患医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(〒 -)</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(受給者との続柄：)</p> <p>保 健 所 長 殿</p>											
										保健所收受印欄	

(注) 破損又は汚損の場合は、交付済み受給者証を添付してください。