

特定疾患医療受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

岐 阜 県 知 事 様

(〒)

住 所 _____

申 請 者 氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり受給者証を再交付されたく申請します。

なお、再交付後に受給者証を発見した場合は、すみやかに返還することを誓約します。

記

対象患者	受給者番号						
	住所						
	氏名				性別	男 ・ 女	
	生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成			年	月	日
	病名						
紛失	紛失年月日	平成		年	月	日頃	
	紛失場所						
	紛失理由						
汚損・破損	再交付の理由	汚 損 ・ 破 損					
	上記理由に関する状況						

注：受給者証を汚したり破損した場合は、それを添付してください。