

特定疾患医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

山口県知事様

申請者（申出者）

住所 〒

TEL() -

氏名

患者との続柄()

このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな 患者氏名 | | 受給者番号 | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 TEL() - | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | | | | | |
| 再交付の理由(該当するものに○印をつけてください) | | | | | | | | | | |
| 1 紛失 2 破損※ 3 汚損※ 4 盗難 5 その他: | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | |

※添付書類

・破損や汚損の場合は、その受給者証を添付してください。