（様式第１３号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 健康管理手帳番号 |  |
| 医療手帳番号 | **Ｂ－** |
| 医療手帳再交付申請書  令和　　年　　月　　日  　広 島 県 知 事　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　居 住 地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明　治  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大　正　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭　和  　次の理由により医療手帳を再交付してください。  　（理　　由） | | |

※　理由は，「亡失のため」などのように簡潔に記入してください。