特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

このことについて，次の理由により受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | １　紛失したため  ２　破損したため  ３　汚損したため  ４　盗難  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口確認欄 | 再交付受給者証　有効期間終了日：　　　　年　　　　月　　　　日 |