様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025.1

先天性血液凝固因子障害等医療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

　次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受給者氏名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　－TEL　　　　－　　　－ |
| 再交付理由（いずれかに☑） | □ 紛失　　□ 汚損　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注1　 再交付理由が、汚損による場合は、当該（汚損した）受給者証を添付してください。

　注2　 再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見した場合は、速やかに返還してください。