様式６

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。

受給者番号		病　　名	
氏　　名			
住　　所			
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