

特定疾患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

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									
医療機関名									
再交付の理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他 ()								
備考									

※ 生活保護が終了したことに伴い、新たな健康保険に加入された場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料を添付すること。