

# 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
-------	------------------------