

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

| | | | | |
|---|-------|------------------|------------------|-------|
| 受診者 | 受給者番号 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | 男 ・ 女 | | |
| | 住所 | | | |
| 申請の理由 | | 紛失 ・ 汚損 ・ き損 のため | | |
| <p>上記理由により、医療受給者証の再交付を受けたいので、申請します。</p> <p>〒</p> <p>申請者住所</p> <p>連絡先Tel ()</p> <p>受診者との続柄 ()</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>大分県知事 殿</p> | | | | |

- (注) 1. 交付の理由の該当事項に○をつけてください。
2. 汚損・き損の場合は医療受診券を添付して提出してください。