

特定医療費医療受給者証／指定難病登録者証再交付申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者

住所 〒

TEL() -

氏名

患者との続柄()

このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号								
住 所	〒									
再交付の理由（該当するものに○印をつけてください）										
1 紛失 2 破損※ 3 汚損※ 4 盗難 5 その他（ ）										
備 考										

※ 添付書類
・破損や汚損の場合は、受給者証・登録者証を添付してください。