

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者

〒

住 所

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

患者氏名		受給者番号								
住 所		医療機関								
再 交 付 の 理 由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他 ()									
備 考										

(注)

破いたり又は汚したときは、その受給者証を添付してください。