

特定疾患医療給付事業受給者票再交付申請書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者

〒

住 所

氏 名

受給者との続柄

(登録者)

電話番号

下記のとおり受給者票を再交付してください。

対 象 者	受給者(登録者)番号	
	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
	受療医療機関	
再交付申請の理由	1 亡 失 2 き 損 3 その他()	