

## 特定医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

愛知県知事 殿

申請者  
居住地

氏名

患者との続柄

電話番号

下記のとおり特定医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|          |          |  |
|----------|----------|--|
| 患者       | 受給者番号    |  |
|          | フリガナ     |  |
|          | 氏名       |  |
|          | 生年月日     |  |
|          | 居住地      |  |
|          | 電話番号     |  |
| 再交付申請の理由 | 1 亡失     |  |
|          | 2 毀損     |  |
|          | 3 その他（ ） |  |

| 受付欄<br>(保健所記入) | 保健所受付印 | 経由印 | 本庁受付印 |
|----------------|--------|-----|-------|
|                |        |     |       |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。