

特定疾患医療受給者証再交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所

氏 名

TEL. — () —

受給者との続柄

特定疾患医療受給者証を 破損・紛失 したので再交付ねがいます。

受給者	氏 名		生年月日	年	月	日
	住 所					
受療医療機関名						
受給者番号						

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	