第６号様式（第１２関係）

　　　年　　月　　日

　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　所  氏　　名  受給者との続柄  電話番号 |

特定疾患医療受給者証再交付申請書

　下記のとおり、特定疾患医療受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受給者氏名  （登録者氏名） |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 〒 |
| 疾　患　名 |  |
| 再交付の理由  ※該当する内容の番号を○で囲んでください。 | １．汚損による  ２．破損による  ３．紛失による  ４．そ　の　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注：1.汚損、2.破損の場合は、医療受給者証を添付してください。