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。