

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証 再交付申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者

〒

住 所

(電話)

氏 名

下記のとおり受給者証を再交付されたく申請します。
 なお、再交付後に受給者証を発見した場合は、すみやかに返還することを誓約しま
 す。

記

対象 患 者	受給者番号		氏 名	
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日		
紛 失	紛失年月日	年 月 日頃		
	紛失場所			
	紛失理由			
汚 損 ・ 破 損	再交付の理由	汚 損 ・ 破 損		
	上記理由に係 る状況			

* 破ったり、汚してしまった書類は添付して下さい。