

特定疾患医療受給者証再交付申請書

受給者		氏名			受給者 番 号						
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	区分	○印	理 由 の 詳 細								
	紛失		紛失年月	不 明 ・ 年 月 頃							
			紛失理由	(特にあれば記載してください)							
	汚損		汚損理由	(特にあれば記載してください)							
破損		破損理由	(特にあれば記載してください)								
<p>上記のとおり受給者証の再交付を申請します。 (紛失の場合) 再交付の後に失った受給者証を発見したときは、速やかに再交付前の受給者証を岐阜県知事に返還することを誓約します。</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 区 分 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 代理人</p> <p>住 所 〒 -</p> <p>電話番号 () -</p> <p>氏 名 _____ 印 (自署又は記名押印)</p> <p>受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 受給者住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 <input type="checkbox"/> 下記へ送付 〒 - _____</p>											

- 注) 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 再交付を申請する理由のの該当欄に○印を記載してください。
 3 受給者証の破損又は汚損による再交付の申請の場合は、当該受給者証を添付してください。
 4 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 5 申請者が受給者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る受給者からの委任状(任意様式)を添付してください。
 6 必要な書類を添付して、住所を管轄する保健所に提出してください。

保健所	保 健 所 名		保健所受理印
使用欄	申請受理日	年 月 日	
	備 考		