

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

〒 ー
(申請者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号 () ー

次のとおり、岡山県特定疾患治療研究事業に係る医療受給者証の再交付を申請します。
登 録 者 証

ふりがな 受給者名 氏		性 別		生年 月日	
住 所	〒 ー ・申請者に同じ			電話 番号	() ー
受給者番号					
病 名					
再交付を 受ける理由	破 損 汚 損 紛 失				
備 考 欄					

(注意事項)

- 1 破損・汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。