

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

様式6

下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。								年	月	日
受給者名 氏	受給者番号									
	生年月日							年	月	日

※受給者証は、申請者にお送りします。

申請者	氏名 (自署又は記名押印)			受給者との続柄	
	住所	〒			
	電話番号			/	

再交付の理由等		
再交付の理由 (いずれかに○)	紛失 破損 汚損 その他()	
※受給者番号が不明な場合は記入してください	受給者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		〒

留意事項

- 再交付の理由が受給者証の破損又は汚損による場合は、当該受給者証の添付が必要です。
- 受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。
- 今回の申請者が前回の申請者と異なる場合は、申請内容の変更とみなします。

受付日	年	月	日	確認者
				大阪府受付印
有効期間	年	月	日	～
		年	月	日