

<h2 style="margin: 0;">特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書</h2>	保健所受理印
---	----------------

受給者	ふりがな		性別	公費負担者番号					
	氏名		男 女	54475017・54476015					
	生年月日	明・大 昭・平		公費負担医療の 受給者番号					
	住所								
		(電話)							

届出者	氏名		受給者との 続柄	
	住所			
	(電話)			

再 交 付 申 請 理 由

1	破 損
2	紛 失

上記のとおり特定医療費(指定難病)受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名
(又は保護者名) 印

平成 年 月 日

沖 縄 県 知 事 殿