

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

保健福祉事務所長  
保健所長

住 所  
申請者  
氏 名 印(続柄： )

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号							
患者氏名							
生年月日	明・大						
	昭・平	年	月	日生			
住 所							
疾 患 名							
医療機関名							
紛失等の 状況							