

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

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	年 月 日生						
住 所							
疾 患 名							
医療機関名							
紛失等の 状況							