

様式第8号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を再交付願います。

もし、下記内容と相違した事実が判明した場合は、特定医療費（指定難病）受給者証の返納は勿論、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

受給者氏名：



受給者番号		
住所		
生年月日	年 月 日生	男・女
病名		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
再交付を受ける理由	・破損 ・汚損 ・紛失 ・その他（ ）	

年 月 日

申請者氏名

受給者との続柄

電話番号

大分県知事 殿