

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

群馬県知事 あて

申請者 住所

氏名

(受給者との続柄 )

特定疾患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	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												
受給者氏名													
生年月日					性別	男・女							
住所													
医療機関名													
紛失等の状況	<table border="0"> <tr> <td>1 所在不明</td> <td>2 汚損</td> </tr> <tr> <td>3 破損</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 その他 (</td> <td>)</td> </tr> </table>							1 所在不明	2 汚損	3 破損		4 その他 (	)
1 所在不明	2 汚損												
3 破損													
4 その他 (	)												

注意事項 ①紛失等の状況は該当する番号に○をつけてください。