先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

様式6

下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。			年　月　日
受給者氏名		受給者番号	
		生年月日	年　月　日

※受給者証は、申請者にお送りします。

申請者	氏名		受給者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号			

再交付の理由等		
再交付の理由 （いずれかに〇）	紛失　破損　汚損　その他（　　）	
※受給者番号が不明な場合は記入してください	受給者住所	□　申請者と同じ
		〒

留意事項
・再交付の理由が受給者証の破損又は汚損による場合は、当該受給者証の添付が必要です。
・受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。
・今回の申請者が前回の申請者と異なる場合は、申請内容の変更とみなします。

受付日	年　月　日	確認者	
			大阪府受付印
有効期間	年　月　日　～　　年　月　日		