

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所

氏 名

T E L

受給者との続柄

特定医療費（指定難病）受給者証を 破損・紛失 したので再交付願います。

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日			
	住 所						
受療医療機関名							
受給者番号							

保 健 所		本 庁	
受 付 印		受 付 印	