

年 月 日

富山県知事 殿

申請者住所（〒 ー ）

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

次の理由により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

紛失、 汚損、 破損

受診者氏名

受給者番号

- （注）
- 1 該当事項に○印をつけてください。
 - 2 汚損、破損の場合は受給者証を添付して厚生センター・支所に提出してください。
 - 3 紛失の場合、再交付後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を返還してください。