

様式第5号

年 月 日

富山県知事

殿

(〒 )

住所

申請者

氏名

(電話 )

先天性血液凝固因子障害等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

理 由 紛失 ・ 汚損 ・ 破損

受給者氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

注1：当該事項に○印をつけて下さい。

注2：汚損、破損の場合は受給者証を添付して厚生センターに提出して下さい。