

特定疾患医療受給者証・登録者証 再交付申請書				
受給者又は登録者	氏名		生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生
	住所	〒 ☎（ - - ）		
登録者	公費負担医療の受給者番号		疾患名	
	受給者証の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
再交付を必要とする理由	1 破損のため 2 紛失のため 3 その他（理由を記入すること）			
上記のとおり特定疾患医療受給者証・登録者証の再交付を申請します。 福岡県知事 殿 平成 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 ☎（ - - ） 印 （受給者との続柄）				
				（保健所收受印）