



## 特定疾患医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

兵庫県知事様

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
電子メールアドレス \_\_\_\_\_

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

### 記

公費負担者番号			2	8	6	0			受給者番号							
フリガナ								大	年	月	日					
受給者氏名							男 女	昭 平 令								
受給者住所	〒															
申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他															
備考																

(注意) 破いたり又は汚したときは、その受給者証を添付してください。