

## 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

受給者	受給者番号								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
	住所	(〒 - ) 電話( - - )							
受給者証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
申請理由	破損		汚損			紛失			
	その他 ( )								
上記理由により、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の再交付を申請します。									
年 月 日 (〒 - )									
届出者 住所 氏名 (受給者との続柄 )									
保健所長 殿								保健所收受印欄	