

年 月 日

石川県知事 様

申請者

住所

氏名

(受診者との続柄)

電話

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）
の再交付申請書

次の理由により 受給者証 の再交付を受けたいので申請します。
 登録者証

記

紛失、 汚損、 破損

上記の状況について記入してください。

受給者番号							
氏 名							
生年月日				年	月	日	

- (注) 1. 該当事項に○印を付けて下さい。
2. 汚損、破損の場合は医療券を添付して下さい。