

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。

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。