



特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

受給者氏名		受給者番号							
再交付を 申請する理由 (該当に○)	1	受給者証を破損した							
	2	受給者証を汚損した							
	3	受給者証を紛失した							
<p>上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>島根県知事 様</p>									