様式6

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

群馬県知事　あて

申請者　住所

氏名

（受給者との続柄　　）

特定疾患医療受給者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号								
受給者氏名								
生 年 月 日	年　　月　　日生							
住　　所								
医療機関名								
紛失等の状況	1　所在不明　　2　汚損 3　破損 4　その他							

注意事項　①紛失等の状況は該当する番号に〇をつけてください。