

## 福島県小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

福島県知事 様

申 請 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

福島県小児慢性特定疾病医療受給者証を 紛失 ・ 毀損 ・ 汚損 して  
しましたので、再交付の申請をします。

受 給 者 番 号	
受 診 者 氏 名	
受 診 者 住 所	〒
受 診 者 生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
保 険 種 別	協会けんぽ ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保（一般） 国保（退職） ・ 国保組合 ・ 生活保護
細 分 類 病 名	
受 給 者 証 有 効 期 間	令和 年 月 日～令和 年 月 日