

(様式第6号)

医療受給者証(登録者証)再交付申請書

岡山県知事 殿

年 月 日

(申請者)※申請者は患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合)

〒 ー

住所

氏名 (続柄)

電話番号 () ー

次のとおり再交付を申請します。

1 患者

フリガナ 氏名		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
住所	〒 ー ・申請者に同じ	電話番号	() ー ・申請者に同じ

2 再交付を申請する証

医療受給者証 ・ 登録者証

以下、記入不要

保健所記入欄

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

保健所受付印欄

--