

年 月 日

石川県知事 殿

申請者
住所
氏名
電話

(受診者との続柄)

先天性血液凝固因子障害等医療券の再交付申請書

次の理由により医療券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。

受診者番号							
受診者氏名							

- (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。