

様式第6号（第8の2（4）関係）

受給者証再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

申請者  
住所  
氏名  
受給者との続柄

受給者氏名		受給者番号								
受給者住所		受給者生年月日				年	月	日		
受給者証の承認医療		受給者証の有効	自		年	月	日			
受給者証の亡失年月日		年	月	日	期間	至		年	月	日
亡失の理由										