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 | | |  | | 受給者証の有効期間 | | | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 受給者証の亡失年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 亡  失  の  理  由 |  | | | | | | | | | | | | |