

令和 年 月 日

患者票再交付申請書

大分県〇〇保健所長 殿

申請者住所

申請者氏名

(続柄：)

患者票の再交付を下記のとおり申請します。

記

公費負担者番号		受給者番号	
受給者	氏名		
	住所	〒 TEL () -	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
医療機関	名称		
	所在地		
理由	1. 患者票を汚損したため。(汚損した患者票を添付すること) 2. 患者票を紛失したため。 (内容：) 3. その他 ()		

※ 紛失した患者票が見つかった場合は、すみやかに返却してください。