様式結 3-7 号

令和　　年　　月　　日

※申請日

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：　　）

※申請に来た方の情報記入

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 （　　）			

※患者基礎情報を入力

※結核医療を受けている医療機関情報を入力

※患者票を再発行する理由

※患者票に記載されている番号なので、分からない場合は、未記入でよい

※ 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。

大分県東部保健所　検査課
診療放射線担当
令和 3 年 3 月 24 日作成