

様式 6 号

年 月 日

山形県知事 殿

(申請者) 住 所

氏 名

(受給者との続柄：)

電話番号

特定疾患医療受給者証再交付申請書

特定疾患医療受給者証を紛失（破損）したので、再交付を申請します。

受給者番号								受給者氏名	
紛失等の状況									