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 |  |