

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

年 月 日

栃木県知事

様

住 所

電話番号

氏 名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を破損・忘失したので、再交付を申請します。

受給者番号	9	9							受給者氏名	
住 所										
医療機関名										