

※申請日

平成 年 月 日

※申請に来た方の情報を記入

患者票再交付申請書

※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

大分県東部保健所長 殿

申請者住所

申請者氏名 印
(続柄:)

※患者基礎情報を入力

患者票の再交付を下記のとおり申請します。

記

※結核医療を受けている医療機関情報を入力

公費負担者番号		受給者番号	
受給者	氏名		
	住所	〒	
	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 ()		

※患者票を再発行する理由

※ 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。