様式第８号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

受診者（患者）	フリガナ		性　別	□ 男 □ 女	年　齢	歳
	氏　　名					
	受給者番号		生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和	年　　月　　日	
	住　　所	〒				
申請者	フリガナ		受診者との関係	□ 本人 □ 保護者（　　） □ 代理人（　　）		
	氏　　名	□本人（記載省略）				
	住　　所	〒 □同上（記載省略）				

再　交　付　申　請　理　由

１　破　　損

２　紛　　失

上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日　　沖縄県知事　殿

保健所受理印