様式１８

患者票再交付申請書

平成　　年　　月　　日

三 重 県 知 事　あて

申請者
住所

氏名　　印

連絡先
電話番号

受給者との
続柄

次のとおり患者票の再交付を受けたいので申請します。

公費負担の 受給者番号		
有効期限	自　平成　　年　　月　　日 至　平成　　年　　月　　日	
氏名		男　・　女
住所	三重県	
生年月日	大 昭　平　　年　　月　　日	
再交付申請の理由 （該当する番号に○を つけて下さい）	１．紛失	
	２．汚損	
	３．破損	
備考		保　健　所 受　付　欄