

患者票再交付願

年 月 日

保健所長 様

申請者 住 所

氏 名 印

(申請者本人が署名した場合は、押印不要です)

患者票の再交付を受けたいので、長崎県感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行要領第15条第6項の規定により次のとおり申請します。

患 者	住 所							性別及び生 年月日	男 ・ 女	年 月 日生
	氏 名									年 月 日生
公費負担者 番 号								患者票 の有効 期間	年 月 日から	
受給者番号									年 月 日まで	
患者票の 承認医療 内 容								患者票の紛失 年 月 日	年 月 日	
患者票の 紛失理由										