

患者票再交付申請書

佐賀県知事 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ (続柄: _____)

下記のとおり患者票の再交付を申請します。

記

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

紛失した患者票が見つかった場合は、すみやかに返納してください。