

指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

高知県知事様

届出者 住所

氏名

所属医療機関名

下記のとおり指定医指定通知書の再交付を申請します。

指定医の種類	1 難病指定医 2 小児慢性特定疾病医療費
再交付の理由	1 破損、又は汚損したため 2 紛失したため (注) 1の理由によるときは、添付してください。

県使用欄 (処理日・処理者を記入)	指定医番号	受付	交付