**特定医療費（指定難病）指定医　指定通知書紛失届**

（宛先）秋田県知事

令和　　年　　月　　日

特定医療費（指定難病）指定医　指定通知書を紛失しましたので、届け出ます。

届出者氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 　氏　　名 |  |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 主たる勤務先の医療機関名 |  | 診療科 |  |
| 医療機関の所在地 |  |