

指定難病特定医療受給者証等再交付申請書

年 月 日

受給者番号								
受診者	フリガナ							生年月日
	氏名							明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	電話番号							
	住所	(〒 —)						
受給者証等の送付先		<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> その他（下記に記入してください。）						
(受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に <input checked="" type="checkbox"/> し、希望の送付先を記入)		送付先氏名	フリガナ					
		送付先住所	〒 —					
保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合は記入してください。)</small>	フリガナ							受診者との続柄
	氏名							
	電話番号							
	住所	(〒 —)						
再交付を申請するもの (○をつけてください)		<input type="checkbox"/>	特定医療受給者証					
		<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理表					
再交付申請の理由		※該当事項に○を付けてください。 1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 () <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">(4は理由を記載してください)</div>						

※汚損、破損の場合は特定医療受給者証をこの届に添付してください。