

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

兵庫県知事様

申請者氏名

〒

住所

電話番号

電子メールアドレス

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 2 | 8 | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | 生 | 大正 | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | | 年 | 昭和 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 月 | 平成 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 日 | 令和 | | | | | | | | |
| 受給者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | 1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (5. その他を選択した場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額管理票の交付 | | | | | | | | | | 必要 ・ 不要 | | | | | | | | | |
| 送付先住所 | ※送付先が受給者の住所と異なる場合のみ記載してください。 今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます。 〒 あて名 様 (続柄:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注意) 破いたり又は汚したりしたときは、その受給者証を添付してください。