年　　月　　日

保健所長　様

申 請 者（受診者又は児童保護者）

住 所

氏 名

特定医療費受給者証再交付申請書

　下記のとおり特定医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 個人番号 （ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ） |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童保護者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 続柄 | | | | |  | | | | | |
| 個人番号  （ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ） |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定医療費  受給者番号 | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | |
| 有効期間 | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | 受給者証を　１.破った  　　　　　　２.汚した  　　　　　　３.紛失した  　　　　　　４.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　申請の理由が受給者証を破り、又は汚した場合は、現在持っている受給者証を添付すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健 | 申請者の本人確認 | １つで可 | □運転免許証　□身体障害者手帳　□個人番号カード　□その他(　　　　　　　　　) |
| 所記 | ２つ以上 | □医療保険証　□住民票　□所得・課税証明書　□介護保険証　□その他(　　　　　) |
| 入欄 | 受診者等の番号確認 | | □通知カード　□住民票(個人番号付き)　□個人番号カード　□その他(　　　　　　) |

２　再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに保健所へ返還すること。