

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

印

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所					
	電 話 番 号					
児童保護者	氏 名		続柄			
	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。

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。