

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 (マイナンバー)			
	住 所			
	電話番号			
児童保護者	氏 名		続柄	
	個人番号 (マイナンバー)			
	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。
 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。

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