

特定医療費(指定難病)受給者証・自己負担上限額管理票再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (歳)	
	個人番号			
	住 所	〒 ー 岩手県		電話番号 ()
保 護 者	フリガナ		受診者との続柄	電話番号 ()
	氏 名			
	個人番号			
	住 所 <small>(受診者と異なる場合に記入)</small>	〒 ー		
受 給 者 番 号				
申 請 の 理 由		1 破った 2 汚した 3 紛失した 4 その他 ()		
再交付が必要なもの		医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票		
備 考				

以上のとおり再交付を受けたいので、申請します。

年 月 日

申請者氏名

岩手県知事 様

注 1 「申請の理由」及び「再交付が必要なもの」は該当するものに○を付けてください。

注 2 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してください。

注 3 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してください。