

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地
氏 名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により、次のとおり申請します。

受 給 者 番 号							
患 者	(ふ り が な) 氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日					
	居 住 地	〒					
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)						
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入してください。)	氏 名				患者との 続 柄		
	居 住 地	〒					
	日中連絡がとれる連絡先 (携帯電話番号も可)						
再交付を申請する理由 (該当するものに○印を付けてください。)		破 損 ・ 汚 損 ・ 亡 失 ・ 滅 失					

備考 再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の特定医療費（指定難病）医療受給者証を添付してください。

保健所等受理印	県受理印