

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

1. 受診者情報

フリガナ			生年月日 (年号は、T・S・H・Rを記入)			
氏名	姓	名	年号	年	月	日
郵便番号						日中連絡を取りやすい電話番号
住所（市町名から記入）						

2. 保護者情報（受診者が18歳未満の場合のみ記入）

フリガナ					
氏名	姓	名	受診者との続柄 番号を記入	3 父・4 母 6 その他（ ）	
郵便番号					日中連絡を取りやすい電話番号
住所（市町名から記入）					

3. 申請の理由（該当する理由にチェックを記入）

- 破り、又は汚してしまったため
- 紛失してしまったため
- その他（ ）

※破り、又は汚してしまったための場合は、その医療費受給者証を添付すること。

栃木県知事様

特定医療費（指定難病）に係る医療受給者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。

年 月 日 申請者氏名

受理印