

特定医療費（指定難病）**受給者証**再交付申請書／登録者証（指定難病）再交付申請書
 ※該当する申請に○を記入すること。

再交付 記入例

1. 受診者情報／要支援者情報

フリガナ	トチギ タロウ		生年月日 (年号は、T・S・H・Rを記入)							
氏名	姓	名	年号	年	月	日				
	栃木	太郎	H	〇	〇	〇				
郵便番号	3	2	0	-	8	5	0	1	日中連絡を取りやすい電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇
住所（市町名から記入）	宇都宮市塙田1-1-20									

2. 保護者情報（受診者・要支援者が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				-		-
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）

該当する理由に☑をつけてください

- 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又は登録者証を添付すること。

栃木県知事様

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

令和〇 年 〇 月 〇 日 申請者氏名 栃木 太郎

申請者の氏名を記入します(※押印不要)

受理印