

保健所長 様

申請者  
住 所  
氏 名

印

長野県特定疾病医療費受給者証再交付申請書

下記のとおり特定疾病医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受診者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日										
	住 所															
	電 話 番 号															
児童保護者	氏 名		続柄													
	住 所															
	電 話 番 号															
特定疾病医療費受給者番号	<table border="1" style="width:100%; height:40px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>															
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで															
申請の理由	受給者証を <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 破った</li> <li>2. 汚した</li> <li>3. 紛失した</li> <li>4. その他 ( )</li> </ul>															

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。