

特定医療費(指定難病)受給者証等再交付申請書

| | | | |
|--|---|----------------------------|---------------|
| 受診者・要支援者 | 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・要支援者との続柄 |
| | 氏 名 | | |
| | 個人番号 | | |
| | 住 所 <small>(受診者・要支援者と異なる場合に記入)</small> | 〒 ー 電話番号 () | |
| 受給者番号 <small>※ 医療費受給者証又は自己負担上限額管理票の再交付時のみ記載</small> | | | |
| 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 | 医療費受給者証 ・ 自己負担上限額管理票 ・ 登録者証(指定難病) | | |
| 備 考 | | | |
| <p>以上のとおり再交付を受けたいので、申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">岩手県知事 様</p> | | | |

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。

2 申請の理由が受給者証(又は登録者証)を破り、又は汚した場合は、現在持っている受給者証(又は登録者証)を添付してください。

3 再交付を受けた後、紛失した受給者証(又は登録者証)を発見したときは、速やかに保健所へ返還してください。

4 「登録者証(指定難病)」、「要支援者」の定義については、次の通りです。(根拠:指定難病要支援者証明事業実施要領)
 「登録者証(指定難病)」…指定難病にかかっている事実等を証明する証書
 「要支援者」…登録者証の交付対象となった者