



特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

兵庫県知事様

申請者氏名 _____
〒 _____
住所 _____
電話番号 _____
電子メールアドレス _____

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

記

公費負担者番号	5	4	2	8						受給者番号									
フリガナ											大正								
受給者氏名											昭和								
											平成	年	月	日					
											令和								
受給者住所	〒 _____																		
申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他																		
	(5. その他を選択した場合)																		
自己負担上限額管理票の交付										必要 ・ 不要									
送付先住所	※送付先が受給者の住所と異なる場合のみ記載してください。 〒 _____ あて名 _____ 様 (続柄: _____)																		
備考																			

(注意) 破いたり又は汚したときは、その受給者証を添付してください。