

様式第8号 (R7.4改正)

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											生	大正								
受給者氏名											年	昭和								
											月	平成	年	月	日					
											日	令和								
受給者住所	〒																			
申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 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。 今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます。 〒 あて名 様 (続柄:)																			
備考																				

(注意) 破いたり又は汚したりしたときは、その受給者証を添付してください。