



## 特定医療費（小児慢性）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		受給者番号	
フリガナ		平成	
受給者氏名		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表の交付	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。