

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証等再交付申請書

年 月 日

高知県知事様

届出者住所

氏名

連絡先

(受診者との続柄：)

次のものについて、再交付を申請します。

<input type="checkbox"/>	医療受給者証
<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理票 (年 月分 ~ 年 月分)
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病登録者証

※再交付を申請するものにをしてください。

(受診者等の情報)

受給者番号								
受診者氏名								
生年月日	年 月 日生							
住所								
再交付の理由	<p>1 破損、又は汚損したため</p> <p>2 紛失したため</p> <p>3 その他 ()</p> <p>(注) 1の理由によるときは、添付してください。</p>							

県使用欄 (処理日・処理者を記入)	受付	交付