

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	1 破損、又は汚損したため 2 紛失したため 3 その他 () (注) 1の理由によるときは、添付してください。							

県使用欄 (処理日・処 理者を記入)	受 付	交 付