

# 記載例

## 特定医療費（指定難病）医療受給者証等再交付申請書

令和 年 月 日

高知県知事様

届出日を記入してください。

届出者 住所  
氏名  
連絡先

申請書を提出する方になります。

(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"/> | 登録者証（指定難病）                |

※再交付を申請するものにをしてください。

自己負担上限額管理票の再交付の場合は、必ず記入してください。

(受診者等の情報)

|            |  |                  |
|------------|--|------------------|
| 受給者番号      | 0 1 2 3 4 5 6  | ※登録者証のみの場合は記載不要。 |
| 受診者/要支援者氏名 | 高知 花子  |                  |
| 生年月日       | 大・昭・平・令 11 年 1 月 1 日生  |                  |
| 住所         | 高知市丸ノ内1-2-20   |                  |
| 再交付の理由     | 1 破損、又は汚損したため<br>2 紛失したため<br>3 その他 ( )<br>(注) 1の理由によるときは、添付してください。 |                  |

医療受給者証に記載の住所を記入してください。

1、2、3のいずれかを○で囲んでください。  
3に該当する場合は、理由を記載してください。

|                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| 県使用欄<br>(処理日・処理者を記入) | 受付 | 交付 |
|                      |    |    |