

## 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"/> | 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。

(受診者等の情報)

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
| 受給者番号          |  |  |  |  |  |  |  |  | ※登録者証のみの場合は記載不要。 |
| 受診者／要支援者<br>氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 生年月日           | 大・昭・平・令 年 月 日生   |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 住 所            |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
| 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。 |  |  |  |  |  |  |  |                  |

|                          |     |     |
|--------------------------|-----|-----|
| 県使用欄<br>(処理日・処<br>理者を記入) | 受 付 | 交 付 |
|                          |     |     |