

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 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 2 紛失したため 3 その他 () (注) 1の理由による場合は、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