

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)

※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	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