

特定医療費(指定難病)受給者証 再交付申請書

患者	フリガナ						年齢	生年月日			
	氏名						歳	大正	昭和	平成	令和
	受給者番号	年	月	日							
	住所	(〒 -) (電話番号 - -)									
申請理由		1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()									
申請者氏名記載欄 <small>※患者本人(18歳未満の場合は保護者)</small>		上記のとおり特定医療費(指定難病)受給者証再交付を申請します。							收受印(保健センター)		
		令和 年 月 日 札幌市長 様									
		申請者氏名 _____ 患者との関係 _____									
		※申請者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に申請者の住所等を記載									
		〒(-) 電話番号(- -)									
		住所 _____									
申請手続き等を委任する場合		私は、この申請に係る書類の提出を次の者に委任します。							收受印(保健所)		
		令和 年 月 日 申請者氏名 _____									
		代理人氏名 _____ 申請者との関係 _____									
		〒(-) 電話番号(- -)									
		住所 _____									
送付先住所		再交付する受給者証は、原則として患者の住所に送付しますが、送付先を別に指定する必要がある場合は、下記に記入してください。									
氏名							患者との関係				
住所		(〒 -) (電話番号 - -)									

※汚損、破損による再交付を申請する場合、受給者証を裏面に貼り付けてください。

汚損・破損の場合は受給者証をここに貼り付けてください。

受
給
者
証
貼
付
欄