特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

令和〇〇年　〇月　〇日

群馬県知事　あて

令和３年４月１日以降、
申請者の押印は不要です。

申請者　住所　前橋市〇〇町〇〇　〇―〇

（書類郵送先）

氏名　群馬　次郎

（受給者との続柄　長男　）

特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。

特定医療費（指定難病）受給者証等を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇			
受給者氏名	群馬　太郎			
生年月日	昭和〇〇年　〇月　〇日生	性別	男・女	
住所	〒〇〇〇―〇〇〇〇 前橋市〇〇町〇〇　〇―〇―〇			
再交付を希望するもの	(1) 受給者証　　2　自己負担上限額管理票			
紛失等の状況	1　所在不明　　2　汚損 (3) 破損 4　その他 （　　）			

注意事項　①紛失等の状況は該当する番号に〇をつけてください。