別紙様式第７号

特定医療費（指定難病）受給者証・登録者証　再交付申請書

令和〇〇年　〇月　〇日

群馬県知事　あて

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／要支援者との続柄　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	※登録者証のみお持ちの方は記載不要です。
受給者／要支援者氏名	群馬　太郎	
生年月日	昭和〇〇年　〇月　〇日生	
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　3　登録者証	
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。