別紙様式第７号

小児慢性特定医療費医療受給者証・登録者証　再交付申請書　【記載例】

令和○年○月○日

群馬県知事　あて

申請者　住所　○○県△△市□□町１－１－１

氏名　群馬　次郎

（受診者／要支援者との続柄　　父　　）

小児慢性特定医療費医療受給者証等を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号	○○○○○○○			小児慢性特定医療費医療受給者証に記載のある受給者番号を記入。
受診者／要支援者氏名	群馬　太郎			
生年月日	令和○○年○○月○○日生	性別	(男)・女	
受診者／要支援者住所	○○県△△市□□町１－１－１			
保護者氏名	群馬　次郎	受診者／要支援者との続柄	父	
保護者住所	同　上			
紛失等の状況	※該当する番号に丸をつけてください。 (1) 所在不明　　2　汚損 3　破損 4　その他 （　　）			

注意事項　・申請者住所の記載は、受診者／要支援者住所と同一であれば不要です。

・受給者証等を汚損・破損した場合は、当該受給者証等を添えて申請してください。