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　　年　　月　　日

群馬県知事　あて

申請者　住所

（書類郵送先）

氏名

（受給者／要支援者との続柄　　）

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		※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		
生年月日	年　　月　　日　生	
住　　所	〒	
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○をつけてください。