別紙様式第７号

**特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書**

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　 | 性別 | 男 ・ 女 |  |
| 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 |
|  | 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。