

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○をつけてください。