別紙様式第７号

小児慢性特定医療費医療受給者証再交付申請書

年　月　日

群馬県知事　あて

申請者　住所

氏名

（受診者との続柄　　）

小児慢性特定医療費医療受給者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受給者番号											
受診者氏名											
生年月日	年　月　日生										
受診者住所											
申請者氏名									受診者との続柄		
申請者住所											
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、受診者住所と同一であれば不要です。

・受給者証を汚損・破損した場合は、当該受給者証を添えて申請してください。