別紙様式第７号

記載例

小児慢性特定医療費医療受給者証再交付申請書

令和〇年〇月〇日

群馬県知事　あて

申請者　住所　〇〇県〇〇市〇〇町１－１－１

氏名　群馬　次郎
（受診者との続柄　　父　　）

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	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	※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。	
受診者氏名	群馬　太郎								
生　年　月　日	令和〇年〇月〇日生								
受診者住所	〇〇県〇〇市〇〇町１－１－１								
申請者氏名	群馬　次郎							受診者との続柄	父
申請者住所	〇〇県〇〇市〇〇町１－１－１								
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。