

指定難病特定医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

茨城県

保健所長 殿

〒

□□□-□□□□

申請者
住 所

氏 名

(自署もしくは記名押印)

(受給者又は登録者との続柄：)

電 話

下記の事由により指定難病特定医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者 第 号					
氏 名		性 別	男 女	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生
理 由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 ()				

注)破損又は汚損の場合は、現在お持ちの指定難病特定医療費受給者証を添付してください。