

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 住所

氏名

(受診者との関係)

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

受給者番号					
患者 (受診者)	ふりがな				
	氏名				
	住所	郵便番号			
	生年月日	年	月	日	電話番号
保護者 (患者が18歳未満の場合に記載してください。)	ふりがな				患者との続柄
	氏名				
	住所	郵便番号			
	電話番号				
再交付が必要な理由	1 汚損 2 破損 3 亡失・滅失 4 その他 ()				
備 考					

- 注1 申請者の身分証明書を提示してください。
 2 汚損又は破損の場合は、当該受給者証を添付してください。
 3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに提出してください。