

(様式第7号)

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

年 月 日

三重県知事 宛て

(申請者) 〒 _____
住 所
電 話
氏 名

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

受 診 者	受給者番号												
	ふり 氏が がな 名	生年月日				年 月 日				(歳)			
	住 所												
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ												
保 護 者	ふり 氏が がな 名	受診者の続柄											
	住 所												
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ												
疾 病 名													
受診医療機関													
再交付の理由 (いずれかの番号に○を付けてください。)		1. 破損 2. 汚損 3. 紛失											

保健所等使用欄 申請者確認方法

来庁者

- 本人
 代理人

番号確認 (申請者)

- 個人番号カード
 通知カード
 住民票

身元確認 (来庁者)

- 個人番号カード
 運転免許証
 パスポート
 身体障害者手帳
 その他 ()

確認者 _____