

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

（あて先）八戸市長

申請者氏名

次のとおり、再交付を申請します。

受給者番号（不明の場合は不要）					
受診者	ふりがな 氏名			生年月日 年 月 日	
	個人番号				
	住所	〒 (電話 )			
	加入医療 保険	被保険者氏名		受診者との <u>関係</u>	
		保険種別	協会けんぽ・健組・国保・共済・船員・生保・その他 ( )		
被保険者証の記号・番号					
被保険者証発行機関名					
保護者	氏名			受診者との <u>関係</u>	
	個人番号				
	住所 <u>(受診者と異なる場合に記入)</u>	〒 (電話 )			
疾病名					
指定医療機関	1	名称			
		所在地			
	2	名称			
		所在地			
	3	名称			
		所在地			
	4	名称			
		所在地			
再交付の理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( )			