

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 関係	
		保険種別	協会けんぽ・健組・国保・共済・船員・生保・その他 ( )			
		記号・番号				
保険者名						
保護者	氏名				受診者との 関係	
	個人番号					
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	〒 (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 ( )				