

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（再交付）

疾患番号
記載不要

受給者番号

受
給
者

住 所

電話番号（自宅）

〒

携帯等

フリガナ

氏 名

疾患名

生年月日

大正・昭和

平成・令和

年

月

日

再交付の理由

1 破損、又は汚損したため

2 紛失したため

3 その他【

該当するものに をつけてください。】

再交付申請するもの

医療受給者証

自己負担上限額管理票

該当するものに☑をしてください。

上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証等の再交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者名 _____ 印

受付印

続柄（受給者の _____）

長 崎 県 知 事 様