

医療受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名					
受 診 者	フリガナ					
	住 所	(郵便番号 )  (電話番号 )				
受診者の 保護者 (受診者が 18歳未満の 場合に記入 すること。)	フリガナ				受診者 との続柄	
	氏 名					
	住 所 (受診者と 同じ場合は 記入不要)	(郵便番号 )  (電話番号 )				
受給者番号						
再交付を申請する理由						
<p>医療受給者証の再交付を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 (受診者又はその保護者)</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p>山形県知事 殿</p>						

備考 医療受給者証を破損し、又は汚損した場合は、当該医療受給者証を添付すること。