

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）再交付申請書

受診者（患者）	フリガナ						性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳	
	氏名							<input type="checkbox"/> 女			
	受給者番号						生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日
								<input type="checkbox"/> 昭和			
						<input type="checkbox"/> 平成					
						<input type="checkbox"/> 令和					
住所	〒										

申請者	フリガナ						受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人		
	氏名							<input type="checkbox"/> 保護者（ ）		
								<input type="checkbox"/> 代理人（ ）		
						<input type="checkbox"/> 本人（記載省略）				
住所	〒									
							<input type="checkbox"/> 同上（記載省略）			

再交付申請理由

（ 受給者証 ・ 登録者証 ） ※○を付けてください。

1 破 損

2 紛 失

上記のとおり再交付を申請します。	保健所受理印
申請者氏名 _____	
年 月 日 沖縄県知事 殿	