

# 記載例

## 特定医療費（指定難病）医療受給者証等再交付申請書

令和 年 月 日

高知県知事様

届出日を記入してください。

届出者 住所  
氏名  
連絡先

申請書を提出する方になります。

(受診者との続柄： )

次のものについて、再交付を申請します。

<input type="checkbox"/>	医療受給者証
<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理票 ( 年 月分 ~ 年 月分)
<input type="checkbox"/>	登録者証（指定難病）

※再交付を申請するものにをしてください。

自己負担上限額管理票の再交付の場合は、必ず記入してください。

(受診者等の情報)

受給者番号	0 1 2 3 4 5 6	※登録者証のみの場合は記載不要。
受診者／要支援者氏名	高知 花子	
生年月日	大・昭・平・令 11 年 1 月 1 日生	
住所	高知市丸ノ内1-2-20	
再交付の理由	<p>1 破損、又は汚損したため</p> <p>2 紛失したため</p> <p>3 その他 (</p> <p>(注) 1の理由による場合は、添付してください。</p>	

医療受給者証に記載の住所を記入してください。

1、2、3のいずれかを○で囲んでください。  
3に該当する場合は、理由を記載してください。

県使用欄 (処理日・処理者を記入)	受付	交付