

【別紙様式第7号】

# 小児慢性特定疾病医療受給者証 再交付申請書

受給者番号							
受診者	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日				
			年 月 日				
	居住地						
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/>	①破損のため					
	<input type="checkbox"/>	②汚したため					
	<input checked="" type="checkbox"/>	③紛失したため					
<備 考>							

私は、上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

<支給認定保護者>

〒

居住地

氏 名

続 柄

連絡先

熊 本 県 知 事 様

1 ①及び②の場合は、小児慢性特定疾病受給者証を添えて申請してください。

2 小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。

【別紙様式第7号】

小児慢性特定疾病医療受給者証 再交付申請書

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
-------	---	---	---	---	---	---	---

受診者	(ふりがな) 氏名		生年月日	
	くまもと はなこ 熊本 花子		令和2 年 1 月 1 日	
	居住地	八代市松江城町1丁目1番1号 南アパート1号		

再交付申請の理由	<input type="checkbox"/>	①破損のため
	<input type="checkbox"/>	②汚したため
	<input checked="" type="checkbox"/>	③紛失したため

<備考>

私は、上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

令和3 年 5 月 1 日 <支給認定保護者>

〒 862-0862

居住地 八代市松江城町1丁目1番1号 南アパート1号

氏名 熊本 太郎

続柄 父

連絡先 096-333-1111

押印不要

熊本県知事様

1 ①及び②の場合は、小児慢性特定疾病受給者証を添えて申請してください。

2 小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。