

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

大阪府知事様 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により申請をします。

※受診者以外が申請する場合、下記に☑をし、2申請者欄も記入してください。

※ の項目に楷書で記入又は☑してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

1 受診者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ			受給者番号							
	氏名			電話番号							
※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。（受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。）											

2 申請者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ			電話番号							
	氏名			郵便番号				-			
受診者との関係	住所										

3 再交付理由等

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> その他（								
※受給者番号不明の場合、記入してください。	疾病名又は告示番号											
	生年月日	年	月	日								
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。										
		〒										

（留意事項）

- 再交付の理由が受給者証の破損又は汚損による場合は、当該受給者証の添付が必要です。
- 受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。
- 今回の申請者が前回の申請者と異なる場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定による申請内容の変更の届出とみなします。

《事務処理使用欄》

更新手続き期間等の申し送り
<input type="checkbox"/> 現行の受給者証の交付 <input type="checkbox"/> その他（

保健所（保健センター）担当者	※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付印の下に受付年月日を記入	交付履歴
保健センター受付印	保健所受付印	大阪府受付印
		有効期間
		年 月 日
		～
		年 月 日
		交付年月日
		年 月 日
		階層/自己負担額
		/
		適用区分
		R コ ケ - 按