

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