

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。

※ の項目に楷書で記入又は してください。

1 受診者	フリガナ			受給者番号										
	<input type="checkbox"/> 送付先	氏名			電話番号									

※受診者以外が申請する場合、下記委任事項に をし、下記「2申請者欄」も記入してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

※受診者本人が申請するが、受診者以外の送付先を希望する場合は、上記委任欄にチェックはせず、下記「2申請者 送付先」にチェックを入れて必要事項を記入してください。

2 申請者	フリガナ			電話番号									
	<input type="checkbox"/> 送付先	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》

申し送り事項
<input type="checkbox"/> 現行の受給者証の交付 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の同封 <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