

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								
	氏 名				電話番号							
☐ 送付先												

※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									
	氏 名				郵便番号				—				
☐ 送付先													
受診者との関係	住 所												

3 再交付理由等

再交付の理由	☐ 紛失	☐ 破損	☐ 汚損	☐ 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	☐ 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												
☐ 現行の受給者証の交付 ☐ 自己負担上限額管理票の同封 ☐ 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 ー 按		