

様式第 8 号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を再交付願います。
もし、下記内容と相違した事実が判明した場合は、特定医療費（指定難病）
受給者証の返納は勿論、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

受給者氏名：

受給者番号			
住所	〒		
生年 月 日	大正昭和 年 月 日生 平成令和	男・女	
病名			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
再交付を受ける理由	・破損 ・汚損 ・紛失 ・その他（ ）		

年 月 日

申請者氏名

受給者との続柄

電話番号

大分県知事 殿