

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書										
受 診 者	フリガナ 氏 名									
	生年月日	平成 年 月 日 (歳)								
	受給者番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="border-right: 1px dashed black; width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
住 所	(〒 -) <div style="text-align: right;">(電話)</div>									
受 診 状 況	疾 病 名									
	医指定医療機関名									
	有効期間									
再交付の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失									
状 況 説 明										
<p style="text-align: center;">上記について再交付を届け出ます。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(申請者・保護者)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">住 所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px; margin-top: 5px;">印</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(受診者との続柄)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">(連絡先)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">鳥取県 事務所長 様</p>										

※ 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。