

特定医療費（指定難病）受給者証等再発行申請書

受 給 者	フリガナ							生年月日
	氏名							年 月 日 (歳)
	受給者番号							
申 請 者	北海道知事 様 私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等の再発行を申請します。 年 月 日 申請者氏名 (署名)							
	受給者との続柄							
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> その他 ()						

※受給者及び届出者の記入は必須です。

受 給 者 証 貼 付 欄	汚損・破損の場合は受給者証をここに貼り付けてください。