

特定医療費（指定難病）受給者証等再発行申請書

申請区分 (<input checked="" type="checkbox"/> する)		<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 登録者証										
受給者／ 要支援者	フリガナ									生年月日		
	氏名									年	月	日
	受給者番号 (登録者証の場合は記載不要)											
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。

受給者証等貼付欄	汚損・破損の場合は受給者証等をここに貼り付けてください。 (貼り付けられない場合は、添付して提出してください。)										
	(Blank area for pasting documents)										