小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

　　 年 月 日

三重県知事 宛て

（申請者） 〒　　　―

住 所

　　　　　 電　話

氏 名

（受診者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 個人番号

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 診 者 | 受給者番号 |  | | |
|  |  |  | 年 月 日  　　　　　（　　　歳） |
| 住 所 |  | | |
| 個人番号 |  | | |
| 疾 　病 　名 | |  | | |
| 受診医療機関 | |  | | |
| 再交付の理由（いすれかの番  号に○を付け  てください。） | | 1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健所等使用欄　申請者確認方法

番号確認　　　　　　　　本人確認

* 個人番号カード　　　□　個人番号カード　　□　身体障害者手帳　　　　確認者
* 通知カード　　　　　□　運転免許証　　　　□　住基カード　　　　□　健康保険証＋所得課税証明書
* 住民票　　　　　　　□　パスポート　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）