

(様式第7号)

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) 〒 ー
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			
	ふり 氏	がな 名	生年月日	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 (いずれかの番号に○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

- 個人番号カード
 通知カード
 住民票

本人確認

- 個人番号カード
 運転免許証
 パスポート

- 身体障害者手帳
 住基カード
 その他()

確認者

健康保険証+所得課税証明書