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

 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□提供済みの個人番号と同じ | 　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保　護者 |   |  | 受診者の続柄 |  |
| 住　　　所 |  |
| 個人番号□提供済みの個人番号と同じ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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

来庁者　　　　番号確認（申請者）　　身元確認（来庁者）

* 本人　　　□　個人番号カード　　□　個人番号カード　　　　□その他（　　　　　　　　　　　）
* 代理人　　□　通知カード　　　　□　運転免許証

　　　　　□　住民票　　　　　　□　パスポート　　　　　　確認者

　　　　　　　　　　　　　　　　□　身体障害者手帳

　　　　　　　　　　　　　　　　□　健康保険証＋住民票

*
* □　パスポート　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）