様式第７号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

次のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付について申請します。

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

疾　患　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　申請理由（該当するものに☑）

☐ 紛失　　☐ 汚損

☐ その他（具体的に記入）

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

２　添付書類（該当するものに☑）

☐ 特定医療費（指定難病）受給者証

☐ 申請者の本人確認書類（具体的に記入）

（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

年　　月　　日　　山 梨 県 知 事　殿

〒

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者との続柄

申請者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【受給者証の送付先】※いずれかに☑

☐申請者の住所・氏名宛に送付

☐以下の宛先へ送付

〒

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宛名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<保健所収受印>

<保健所記入欄>

☐申請者確認　☐代理権確認