

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

(申請先)
横浜市長

令和 年 月 日

申請者 _____ 住所 _____

印

患者本人の氏名

(氏名を患者が自署で記入したときは、押印を省略することができます。)

電話番号 _____

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、次のとおり横浜市特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

受給者番号	_____
-------	-------

患者	フリガナ	_____	生年月日	明治・大正	年	月	日
	氏名	_____		昭和・平成			
	住所	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。					
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ	_____	患者からみた続柄	_____			
	氏名	_____	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。 横浜市 _____ 区					
再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破損した <input type="checkbox"/> 汚した						

期間を指定いただかない場合は最新の受給者証を発行しています。特定の日付を含む有効期間の受給者証の再交付を申請する場合は、その日付や期間などを下記に記載してください。ただし、平成29年12月31日以前の期間を含む受給者証の再交付は、神奈川県に申請してください。

_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日の期間（日付）を含む受給者証