

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

総合事務所長  
鳥取市保健所長 様

届出者：  
フリガナ  
氏 名  
患者との続柄

難病の患者に対する医療等に関する法第7条第4項の規定により交付された特定医療費（指定難病）受給者証について、次のとおり紛失・き損があったため、再交付を申請します。

1. 受給者に関する情報

氏 <sup>フリガナ</sup> 名	
生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日
住 所	〒
電 話 番 号	
受 給 者 番 号	
有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日

2. 再交付に係る事柄

再 交 付 の 理 由 (該当する理由に○)	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失
状 況 説 明	

※ 破損の場合は、特定医療費（指定難病）受給者証を添付してください。