

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

受診者（患者）	フリガナ						性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳	
	氏名							<input type="checkbox"/> 女			
	受給者番号						生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 昭和		<input type="checkbox"/> 平成			
住所	〒										
申請者	フリガナ						受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者（ ） <input type="checkbox"/> 代理人（ ）			
	氏名								<input type="checkbox"/> 本人（記載省略）		
	住所	〒									

□同上（記載省略）

再交付申請理由

1 破 損

2 紛 失

上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

保健所受理印

申請者氏名

\_\_\_\_\_

令和 年 月 日 沖縄県知事 殿

## 再交付 記入例

## 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

診 者 （ 患 者）	フリガナ	オキナワ タロウ					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇 歳	
	氏名	沖縄 太郎						<input type="checkbox"/> 女			
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 ×月 △日
住所	〒 ×××-×××× 〇〇市△△ ×丁目×番×号										
申 請 者	フリガナ	オキナワ ハナコ					受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 代理人（ 妻 ）			
	氏名	沖縄 花子						<input type="checkbox"/> 本人（記載省略）			
	住所	〒 〇〇市△△ ×丁目×番×号 <input checked="" type="checkbox"/> 同上（記載省略）									

## 再 交 付 申 請 理 由

1 破 損

2 紛 失

上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

保健所受理印

申請者氏名

沖縄 花子

令和 〇 年 〇 月 〇 日

沖縄県知事 殿