

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

〈太枠内にご記入ください〉

受診者	ふりがな		年 月 日生 (歳)	
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒		
保護者（申請者）	ふりがな		受診者との続柄	
	氏名			
	個人番号		電話番号	- -
	住所	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 受診者と異なる (〒)		
受給者番号				
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 (紛失の場合、事情を詳細に記入)			
	上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。 年 月 日 (宛先) 枚方市長 申請者氏名 _____ ※申請者は、原則として、小児慢性特定疾病医療児童の医療保険の被保険者（本人）である保護者とします。 なお、受診者が成年患者の場合は、本人が申請してください。この場合は、保護者（申請者）欄の記入は不要です。			

- 〈注意事項〉
- ・破損、汚損の場合、医療受給者証を添付してください。
 - ・失った医療受給者証を発見したときは返還してください。
 - ・申請者の本人確認書類、代理人の場合は代理権が確認できる書類と本人確認書類が必要です。

受 付 印