

特定医療費（指定難病）医療受給者証再交付申請書							
受給者番号							
受給者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日
	住所	〒					
該当するものにチェックしてください。							
再交付の理由	☐	紛失					
	☐	汚れ					
	☐	破れ					
	☐	その他（）					
私は、上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証の再交付を申請します。					受付印		
申請者氏名		受給者との続柄					
連絡先の電話番号		※受給者本人の場合は「本人」と記入してください。					
令和 年 月 日		長崎県知事 様					

※ 自己負担上限額管理票のみ必要な場合は、申請窓口へ電話でご連絡ください。この申請書による申請は不要です。