

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

青 森 市 長 様

届出者氏名

下記のとおり、再交付を申請します。

受給者番号						
受 診 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日	
	個人番号					
	住 所	〒 (電話番号)				
	加入 医療 保険	被保険者氏名			受診者との続柄	
		保険種別	協会けんぽ・健保組合・共済組合・青国・国保組合・その他 ()			
		被保険者証の記号・番号				
		保険者名 (発行機関名)				
保 護 者	氏 名			受診者との続柄		
	個人番号					
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)	〒 (電話番号)				
疾 病 名						
指 定 医 療 機 関	1	名 称				
		所在地				
	2	名 称				
		所在地				
	3	名 称				
		所在地				
	4	名 称				
		所在地				
再交付の理由		☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他 ()				