

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

(申請先)  
横浜市長

年 月 日

申請者

住所

患者本人の氏名

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、次のとおり横浜市特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。		
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ		患者からみた続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。 横浜市 区		
再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破損した <input type="checkbox"/> 汚した			

期間を指定いただかない場合は最新の受給者証を発行しています。特定の日付を含む有効期間の受給者証の再交付を申請する場合は、その日付や期間などを下記に記載してください。ただし、平成29年12月31日以前の期間を含む受給者証の再交付は、神奈川県に申請してください。

年 月 日 から 年 月 日の期間（日付）を含む受給者証