

特定医療費受給者証再交付申請書

公費負担医療の受給者番号		
受給者	フリガナ	
	氏名	
再交付の事由		1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 ()

紛失した受給者証が見つかった場合には、直ちに返還するとともに、これによって生じる一切の責任を負うことに同意します。

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒□□□-□□□□

住 所

申請者

(受給者または 氏 名
法定代理人)

受給者との続柄

電 話 - -

〒□□□-□□□□

住 所

送付先 氏 名

(申請者と異なる 受給者との続柄
場合のみ記入) 電 話 - -

新潟県知事 様

(注) 汚損又は破損の場合は、受給者証を添付してください。