

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

居 住 地

申 請 者

氏 名

（受診者との続柄）

電 話 番 号

受 診 者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	居 住 地	〒	電話番号	
受 給 者 番 号				
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日		
再 交 付 の 理 由 (該当する□に \surd 印を付すこと。)		<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 紛失したときの状況		

注1 申請者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。

2 破損又は汚損の場合にあつては、その特定医療費（指定難病）受給者証を添付すること。

3 紛失の場合にあつては、再交付の後に失った特定医療費（指定難病）受給者証を発見したときは速やかに再交付前の証を愛媛県に返還しなければならないこと。