

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付届

受 診 者	ふりがな		年 齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名				平 成 令 和	年
	ふりがな					
	住 所	〒				
保 護 者	ふりがな		受診者との 関係			
	氏 名					
	ふりがな					
	住 所 (児童と異なる場合に記入)	〒				
受 給 者 番 号			再交付をする事由が発生した日			
届出の理由		1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 (
<p>私は、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>長崎県知事 様</p>						

※ 紛失の場合を除き、従前使用していた医療受給者証を添付してください。

医療受給者証の貼付