

年 月 日

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 | | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |