

特定疾患医療受給者証等再交付申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者（自署又は記名押印）

住 所 〒

氏 名 印

電 話 番 号

埼玉県特定疾患等医療給付事業実施要綱第13の規定により、次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

特定疾患等の区分 (該当数字に○)		1 特定疾患	2 先天性血液凝固因子欠乏症等		3 県単独指定難病	
受給者に関する事項	受給者番号					
	(フリガナ) 氏 名					
	生年月日		年	月	日	性 別
	住 所※					
	電話番号※					
再交付を申請する理由 (該当数字に○)	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()					

※申請者と受給者が同じ場合は、住所と電話番号の記入は不要です。

(注意事項)

- 受給者及び申請者の本人確認ができる運転免許証等の提示をお願いします。
- 破損又は汚損の場合は「交付を受けている受給者証」を添付してください。