（様式９）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和4年4月1日改正）

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　　　　様

申請者（保護者又は成年患者）　住　　所

氏　　名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　続　　柄

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証を　紛失　・　毀損　・　汚損　してしまいましたので、再交付の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受診者（患者）氏名 |  |
| 受診者（患者）住所 | 〒　　　　－□同上　　□その他： |
| 受診者（患者）生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 保険種別 | 協会けんぽ　・　組合　・　共済　・　国保（一般）国保（退職）　・　 国保組合　・　生活保護 |
| 疾　　　病　　　名 |  |
| 受給者証有効期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

※　申請者または受診者の個人番号に変更がある場合は「個人番号調書」を

併せて提出して下さい。

（様式９）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和4年4月1日改正）

**記入例**

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和○○　　○○　　○○

　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　　　　様

○○市○○町１－１

申請者（保護者又は成年患者）　住　　所

千葉　太郎

氏　　名

○○○-○○○-○○○

電話番号

父

　　　　　　　　　　　　　　　　続　　柄

○

千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証を　紛失　・　毀損　・　汚損　してしまいましたので、再交付の申請をします。

○○○-○○○-○○○

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 | 千葉　花子 |
| 受診者（患者）氏名 |  |
| 受診者（患者）住所 | 〒　　　　－□同上　　□その他：令和○○　　○○　　○○ |
| 受診者（患者）生年月日 | 　　　年　　　月　　　日○ |
| 保険種別 | 協会けんぽ　・　組合　・　共済　・　国保（一般）国保（退職）　・　 国保組合　・　生活保護○○○○ |
| 疾　　　病　　　名令和○○　　○○　 ○○ | 令和○○　 ○○　○○ |
| 受給者証有効期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

※　申請者または受診者の個人番号に変更がある場合は「個人番号調書」を

併せて提出して下さい。