

(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	〒 _____ <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 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。

記入例

(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

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

千葉県知事 様

申請者（保護者又は成年患者） 住所 〇〇市〇〇町1-1
氏名 千葉 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
続柄 父

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
しましたので、再交付の申請をします。

受給者番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
受診者（患者）氏名	千葉 花子
受診者（患者）住所	〒 □同上 □その他：
受診者（患者）生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
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	〇〇〇〇
受給者証有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日

※ 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。