

第22号様式

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

被保険者記号・番号	—		
特定疾病の認定を受けた被保険者の氏名、個人番号及び生年月日	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年	月 日
認定疾病名			
再交付申請の理由			
<p>上記のとおり再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 世帯主 個人番号 電話 ()</p> <p>(宛先) 八千代市長</p>			

注

- 1 特定疾病療養受療証を破り、又は汚した場合の申請には、その特定疾病療養受療証を添付してください。
- 2 特定疾病療養受療証の再交付を受けた後、失った特定疾病療養受療証を発見したときは、直ちに、発見した特定疾病療養受療証を市に返還してください。

決 裁	課長	補佐	副主幹	主査	担当
令和 年 月 日					

確認及び処理欄	
身分証明	
交付年月日	令和 年 月 日
郵送年月日	令和 年 月 日