

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

(申請先)

横浜市長

年 月 日

申請者

住所

患者本人の氏名

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、次のとおり横浜市特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

		受 給 者 番 号							
患 者	フリガナ		生年月日	年 月 日					
	氏名								
	住所	☐ ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。							
保護者 (患者が 18歳未満 の場合の み記入)	フリガナ		患 者 か ら み た 続 柄						
	氏名		生年月日	年 月 日					
	住所	☐ ←申請者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。 横浜市 区							

期間を指定いただかない場合は最新の受給者証を発行しています。特定の日付を含む有効期間の受給者証の再交付を申請する場合は、その日付や期間などを下記に記載してください。ただし、平成29年12月31日以前の期間を含む受給者証の再交付は、神奈川県に申請してください。

年 月 日 から 年 月 日の期間（日付）を含む受給者証