

自己負担上限額管理票再交付申請書

|             |      |  |       |
|-------------|------|--|-------|
| 受<br>診<br>者 | ふりがな |  | 生年月日  |
|             | 氏名   |  | 年 月 日 |
|             | ふりがな |  |       |
|             | 住所   |  |       |
|             | 個人番号 |  |       |

|                           |      |  |     |
|---------------------------|------|--|-----|
| 保 護 者<br>(受診者が18歳未満の場合記入) | ふりがな |  | 続 柄 |
|                           | 氏名   |  |     |
|                           | ふりがな |  |     |
|                           | 住所   |  |     |
|                           | 個人番号 |  |     |

|   |  |
|---|--|
| <p>申請の理由</p> <p>※ 該当するものに○をする。<br/>また、「その他」に○をした場合は、( )内に具体的な理由を記載する。</p> | <p>失ってしまったため</p> <p>破り、又は汚してしまったため</p> <p>その他( )</p> |
|---|--|

|     |  |
|-----|--|
| 備 考 |  |
|-----|--|

私は、上記のとおり、自己負担上限額管理票の再交付を申請します。

届出者氏名

年 月 日

栃木県知事

様

※自己負担上限額管理票を破り、又は汚した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。