

自己負担上限額管理票再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			

保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		

申請の理由	<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。

申請者氏名

印

年 月 日

栃木県知事

様