

自己負担上限額管理票再交付申請書

受 診 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 (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。 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。