

特定疾患医療受給認定申請書（転入者用）

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先(日中連絡がとれる電話又は携帯電話) \_\_\_\_\_

鹿児島県においても、継続して医療受給者証の交付を受けたいので申請します。

ふりがな 氏 名	_____			申請区分	一般・重症	
ふりがな 生計中心者氏名	_____	患者との 関係	_____	階層区分 (保健所で記入)	_____	
疾 患 名	_____					
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	性別 男 ・ 女	
住 所	〒 _____ Tel ( _____ ) _____					
医 療 保 険	保 険 種	政(協) 組 共 国 退 後	コード	_____		変更の 有無
	記 号	番 号	_____	続 柄	1 本人・2 家族	無 ・ 有
指 定 医 療 機 関	指 定 医 療 機 関 名			医 療 機 関 コー ド		
	_____					
	_____					
	_____					
	_____					

注1 申請者については、記名押印又は受給者本人の自筆による署名のいずれかとする。

2 転入前に受給していた医療受給者証の写し及び住民票謄本(世帯全員分)を添付して下さい。