

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 ※ 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。	失ってしまったため 破り、又は汚してしまったため その他 ()			
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

※ 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、その自己負担上限額管理票を添付すること。