

自己負担上限額管理票再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		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	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 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。