

指定医指定通知書再交付申請書

東京都知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第10条の規定に基づき、指定医指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者

ふりがな		電話番号	
氏名		メールアドレス	
現住所	〒 -		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日
指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医 (どちらかに○を付けてください。)		
指定医番号			
主たる勤務先の医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

再交付申請理由（いずれかに○を付けてください。）

- 1 指定医指定通知書を破損したため（※1）
- 2 指定医指定通知書を汚損したため（※1）
- 3 指定医指定通知書を亡失又は滅失したため（※2）

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医指定通知書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。