

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 令和〇〇年 〇月 〇日

申請者

必ず自署で御記名ください。

ふりがな	とちょう たろう	電話番号	090-0000-0000
氏名	都庁 太郎	メールアドレス	tocho@〇〇〇.jp
現住所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1		
生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇	医師免許証に記載されている番号を御記入ください。	
医籍登録番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	医籍登録年月日	年 月 日
指定医の種類	難病指定医 ・ 協 (どちらかに〇を付けてください) 御不明な場合、空欄で構いませんが、その場合は必ず事前に東京都で指定を受けていることを御確認ください。		
指定医番号	13S〇〇〇〇〇〇〇〇		
主たる勤務先の医療機関	名称	医療法人社団〇〇会 都庁病院	
	所在地	〒111-111 東京都新宿区〇〇1-1-1	
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

再交付申請理由（いずれかに〇を付けてください。）

- 指定医指定通知書を破損したため（※1）
- 指定医指定通知書を汚損したため（※1）
- 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。