指定医指定通知書再交付申請書

第８号様式（第10条関係）

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 |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　 |
| 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。

（日本産業規格Ａ列４番）