

医療受給者証再交付申請書

尾花沢市福祉事務所長 殿

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

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				
自立支援医療費受給者番号					
医療受給者証の有効期限	年 月 日から		年 月 日まで		
申請の理由 (○印)	1 汚損 2 紛失 3 その他 〔 具体的な状況 〕				
私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 ㊟					

- 注 1 受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに福祉事務所に返還してください。