

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

小林市福祉事務所長 様

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	フリガナ			
	住所			
	個人番号			
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	〒		
	個人番号			
自立支援医療受給者番号			/	
有効期間	から		まで	
申請の理由				

※1 医療受給者証を破り、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、速やかに市に返還してください。