

医療受給者証再交付申請書（更生医療・育成医療）

遠軽町長 様

申請年月日 年 月 日

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			性別	生年月日		
	氏名			男・女	年 月 日		
		個人番号					
	フリガナ						
住所	電話番号						
保護者(受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ					続柄	
	氏名						
		個人番号					
	フリガナ						
住所	電話番号						
自立支援医療費受給者番号							
医療受給者証の有効期間	年 月 日 から			年 月 日 まで			
申請の理由							

- 注 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、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに町に返還してください。