

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。

フリガナ							生 年 月 日
受診者氏名							年 月 日
	個人番号						
住 所	〒						電 話 番 号
受診者が18歳未満の場合記入	フリガナ						続 柄
	保護者氏名						
		個人番号					
	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							

- ※ 医療受給者証の破損、又は汚損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すること。
- ※ 再交付を受けた後、紛失した医療受給者証を発見したときは、速やかに遠軽町に返還すること。