

養育医療受給医療券 再交付申請書

公 費 負 担 者 番 号		2	3	4	0	6	4	3	2	受 給 者 番 号							
本 人	ふり 氏 名	男 令和 ・ 女 電話															
	居 住 地	電話															
扶 義 務 養 者	氏 名									職 業			本人との続柄				
	居 住 地	電話															
保 険 者 等 称 の 名		健保 国保 共済 生保				被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号				記 号		番 号					
指定医療機関	名 称																
診 療 予 定 期 間		令和 ・ 年 月 日 から 令和 ・ 年 月 日 まで															
この 券 の 有 効 期 間		令和 ・ 年 月 日 から 令和 ・ 年 月 日 まで															

上記のとおり養育医療受給医療券の再発行を申請します。

再発行を必要とする理由 1. 紛失のため 2. 破損、汚損のため 3. その他()

令和 年 月 日

申 請 者 住 所

氏 名

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 生

本 人 と の 続 柄

鞍 手 町 長 殿