

医療受給者証再交付申請書

（あて先）松 江 市 長

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		生 年 月 日
	氏 名	個人番号	年 月 日
	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、速やかに市に返還してください。