

自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票再交付申請書																									
岩手県知事											年	月	日												
様																									
申請者 (〒				住所)		(電話		— —)													
申請者 氏名 ^{※1}						㊟		続柄(受給者の			・ 本人)														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>													個人番号												
個人番号																									
自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票の再交付を次のとおり申請します。																									
受診者	受給者番号							性別		男・女															
	フリガナ																								
	氏名																								
	生年月日	大・昭・平		年		月		日		(満 歳)															
	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	(〒				住所)				(電話		— —)													
	個人番号																								
再交付の理由		汚損による ・ 破損による ・ 紛失による																							
備考 ^{※2}																									
<p>※1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。</p> <p>※2 汚損、破損の場合は、その自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理表を添えて申請してください。</p>																									

保健所等 記入欄	特記事項							受付印				
再交付申請書	受給者証	押印確認										