

青枠のなかをご記入ください。
押印・捨印もお願いします。

捨印

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 様 ●年 ●月 ●日

申請者 (〒 028-●●●●) (電話 ●●●-●●●●-●●●●)
住所 久慈市●●●●

申請者 氏名^{※1} 岩手 太郎 印 続柄(受給者の ● 本人)

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	イワテ タロウ									
	氏名	岩手 太郎									
	生年月日	大	・	印	・	平	●	年	●	月	●

住所 (申請者と異なる場合のみ記入) (〒) (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}

いずれかに○をつけてください。

- ※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。
 ※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。

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				