様式第９号（細則第６条関係）

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

年　　月　　日

岩手県知事　　様

申請者（〒　　）（電話　　－　　－　　）
住所

申請者　氏名※1　　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							
	フリガナ							
	氏　名							
	生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日　（満　　歳）						
	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								

※　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					

（A４）