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

令和 ○年 ○月 ○○日

岩手県知事 様

申請者（〒028-○○○○ ）（電話 ○○○－○○○○－○○○○ ）

住所 久慈市川崎町○-○

申請者 氏名※1 岩手 太郎 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	イワテ タロウ						
	氏 名	岩手 太郎						
	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								

いずれかに○をつけてください。

青枠のなかをご記入ください。

※ 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）