

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)

川口市長

申請者 居住地 〒.....
 (注1) フリガナ
 氏 名
 (自署又は記名押印)
 個人番号.....
 電話番号.....
 受診者との続柄.....

児童福祉法施行規則第7条の23第2項の規定により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

受給者番号										
受診者	フリガナ					男・女	生年月日	年 月 日		
	氏名									
	個人番号									
	居住地									
	疾病名									
再交付を申請する理由(該当するものに○を付すこと。)		1 破損 2 汚損 3 亡失 4 滅失								

添付書類：

○破損又は汚損の場合は医療受給者証

○申請者の身元確認書類

注1 医療受給者証に記載された保護者が申請してください。

注2 失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。