

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).....  
 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							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又は成年患者(18歳以上の受診者)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。