

(様式第1号)

小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書

整理番号		受給者番号							
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								

欄は記入しないでください。

平成 年 月 日

宇都宮市長宛

住所 宇都宮市

申請者 氏名

印

受給者との続柄 ( )

下記のとおり小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。

受給対象者	フリガナ							生年月日	昭和 年 月 日	
	氏名								平成 年 月 日	
	住所	〒 宇都宮市								
加入医療保険	保険種別	政 1	組 2	船 3	共 4	国 5	退 6	その他 7	被保険者証の記号・番号	
	被保険者氏名	受給者との続柄 ( )								
	被保険者証発行機関名									
疾患名										
受診医療機関	医療機関名	1 .			2 .			3 .		
	所在地									
	医療機関名	4 .			5 .					
	所在地									
保護者	保護者氏名	受給者との続柄 ( )								
	保護者住所	〒 宇都宮市							電話番号	-

