

記載例

※ 養育医療 自立支援医療（育成） 医療券（受給者証）再交付申請書 療 育																		
公費負担者 番 号		1	6	0	9	6	0	2	6	受 給 者 番 号		0	2	2	2	2	2	2
本人	氏 名	宇都宮 花子						生年月日	平成 20年 3月 3日									
	住 所	(〒320-8540) 宇都宮市 旭1丁目1番5号																
保護者	氏 名	宇都宮 太郎						続 柄	父									
	住 所	(〒 -) 同上																
保険者等の 名 称 及 び 番 号		宇都宮市 090019						被保険者証等の 記号及び番号		100-001								
指 定 医 療 機 関 名		△△△△病院																
再交付申請 の 理 由		医療券を紛失したため																
<p style="text-align: center;">上記のとおり医療券を再交付して下さるよう申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 20 年 4 月 1 日</p> <p style="text-align: center;">住所 宇都宮市 旭1丁目1番5号</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名 宇都宮 太郎 印</p> <p style="text-align: center;">宇都宮市長 宛</p>																		

※ 該当するものに○印をつけてください。

提出先 宇都宮市 子ども部 子ども家庭課 医療費グループ
連絡先 028-632-2296