

※			
自立支援医療（育成）		医療券（受給者証）再交付申請書	
公費負担者 番号	1 6 0 9 6 0 2 6	受給者 番号	
本人	氏名	生年月日	平成・令和 年 月 日
	住所	(〒 -)	
保護者	氏名	続柄	
	住所	(〒 -)	
保険者等の 名称及び 番号		被保険者証等の 記号及び番号	
指定医療 機関名			
再交付申請 の理由			
<p>上記のとおり医療券（受給者証）の再交付について申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>			

〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
 宇都宮市役所 子ども部 子ども家庭課
 子ども給付グループ TEL: 632-2296

記載例

※ 自立支援医療（育成） 医療券（受給者証）再交付申請書				
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・令和18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（受給者証）の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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;">(あて先) 宇都宮市長</p>				

〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
 宇都宮市役所 子ども部 子ども家庭課
 子ども給付グループ TEL: 632-2296