様式第14号（第23条関係）

医療受給者証再交付申請書

申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 　　　　電話番号　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医療受給者証の有効期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 申請の理由 | 　 |
| 　私は、医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　（宛先）三条市社会福祉事務所長 |

注　１　医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。

　　２　再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。