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

<table>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自立支援医療費受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療受給者証の有効期間</td><td colspan="4">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請の理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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。