

※ 養育 ・ 療育 医療券再交付申請書															
公費負担者 番 号								受 給 者 番 号							
本人	氏 名							生年月日		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															
上記のとおり医療券の再交付について申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 住所 申請者 氏名 </div> (あて先) 宇都宮市長															

※																		
養育 ・ 療育 医療券再交付申請書																		
公費負担者 番 号								受 給 者 番 号				0	0	9	9	9	9	9
本人	氏 名	宇都宮 阜月				生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日											
	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>上記のとおり医療券の再交付について申請します。</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: right;">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: right;">氏名 宇都宮 太郎</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>																		