

※ 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								加入健康保険の 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。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 (あて先) 宇都宮市長 </div>															

記 載 例

※ 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			加入健康保険の 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												
上記のとおり医療券の再交付について申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 住所 宇都宮市 旭1丁目1番5号 申請者 氏名 宇都宮 太郎 </div> (あて先) 宇都宮市長															