

様式第13号

※

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。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

(あて先) 宇都宮市長

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 順月 | 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

住所 宇都宮市 旭1丁目1番5号
申請者

氏名 宇都宮 太郎

(あて先) 宇都宮市長