

※

## 自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）

公費負担者番号	1   6   0   9   6   0   2   6	受給者番号								
本人	氏名			生年月日	平成・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（受給者証）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

〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号  
 宇都宮市役所 子ども部 子ども支援課  
 管理グループ Tel: 632-2296

※

## 自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）

公費負担者番号	1 6 0 9 6 0 2 6	受給者番号	0 2 2 2 2 2 2 2	
本人	氏名	宇都宮 花子		
	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（受給者証）の再交付について申請します。

令和〇年〇月〇日

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

〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号  
宇都宮市役所 子ども部 子ども支援課  
管理グループ Tel: 632-2296