

※															
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															
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>（あて先）宇都宮市長</p>															

〒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

記載例

※

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
本人	氏 名	宇都宮 花子							生年月日	平成・令和18年3月3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															
<p>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。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>住所 宇都宮市 旭1丁目1番5号</p> <p>申請者</p> <p>氏名 宇都宮 太郎</p> <p>（あて先）宇都宮市長</p>																	

〒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