

※											
自立支援医療（育成）						医療券（受給者証）再交付申請書					
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								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											
<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 style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>											

※																		
自立支援医療（育成） 医療券（受給者証）再交付申請書																		
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				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（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 氏名 宇都宮 太郎</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>																		