|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書 |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | (電話　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 公費負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 再交付申請理由 | 　 |
| 　　　上記の理由により、自立支援医療受給者証(更生医療)の再交付を申請します。　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　年　　　月　　　日国頭村長　　　　　　様　　 |

注)1　医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請には、その医療受給者証を添付すること。

　2　医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見した時は、返還すること。