

医療受給者証再交付申請書

受給者証 番号	負担者番号		受給者番号	
フリガナ 受診者 氏名	姓	名	生年月日	年 月 日
			個人番号	
住 所			電話番号	( )
	中野区		丁目	番 号
	(マンション名等)			
申 請 理 由	1 破損した      2 汚した      3 紛失した			
	(理由)			
フリガナ 申請者 氏名	姓	名	患者との続柄	
			個人 番号	
申 請 者 住 所			電話番号	( )
	中野区		丁目	番 号
	(マンション名等)			
<p>上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p> <p>中野区長      宛て</p>				
区 使 用 欄				
受理年月日			本人確認	

※受給者証を破損し、又は汚損した場合は、その受給者証を添付してください。