

## 医療受給者証再交付申請書

(宛先) 奈良市長

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

受診者	フリガナ											生年月日
	氏名											明治・大正 年 月 日 昭和・平成
	フリガナ											
	住所											
	個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ											
	氏名											
	フリガナ											
	住所											
	個人番号											
自立支援医療費受給者番号												
医療受給者証の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
申請の理由												

- (注) 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。