

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		性別	生年月日									
	氏名		男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月	日						
	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	年 月 日 ～ 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。