

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

（宛先） 安曇野市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

公費負担者番号							受給者番号						
フリガナ							生 年 月 日						
受診者氏名							年 月 日						
個人番号													
住 所	〒 電話番号												
フリガナ							続 柄						
保護者氏名 （受診者が 18 歳未満の場合）							生 年 月 日	年 月 日					
個人番号													
受診者の加入医療保険の記号及び番号							保 険 者 名						
申 請 の 理 由	1 汚損                      2 紛失                      3 その他 具体的な状況 ( ) )												

（注） 紛失の場合を除き、今まで使用していた受給者証を添付してください。

申 請 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 受診者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			受診者との 関 係
氏 名			
住 所	〒 電話番号		