

医療受給者証等再交付申請書

令和 年 月 日

長岡京市長様

○申請者 住所 長岡京市

氏名

受給者との続柄

電話

次のとおり医療受給者証等の再交付を申請します。
なお、再交付を受けた後に失った受給者証等を発見したときは、直ちにこれを返還いたします。

下欄書類を受領しました。
氏名

受給者の氏名			
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 <input type="checkbox"/> 申請者と別住所（長岡京市）		
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
再交付を要する書類	<input type="checkbox"/> ㊦ 医療受給者証 <input type="checkbox"/> ㊧ 医療受給者証 <input type="checkbox"/> ㊨ 医療受給者証 <input type="checkbox"/> ㊩ 医療受給者証（限度額認定証） <input type="checkbox"/> 重障老人健康管理事業対象者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受給者証の番号	負担者番号	2	6
	受給者番号		

※ 該当する字句の頭にある□の中に✓印を記入してください。

※確認書類
受給者 マイナンバーカード 免許証 その他（ ）
申請者 マイナンバーカード 免許証 その他（ ）