

医療受給者証等再交付申請書【記入例】

令和 〇年 〇〇月 〇〇日
長岡京市長様

○申請者 住所 長岡京市 開田1-1-1
氏名 長岡 花子
受給者との続柄 母
電話 951-2121

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 長岡 花子

受給者の氏名	長岡 太郎							
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日					
住 所	☒ 申請者と同住所 ☐ 申請者と別住所（長岡京市）							
再交付申請の理由	☐ 破損 ☒ 紛失 ☐ 盗難 ☐ その他（ ）							
再交付を要する書類	☒ ㊦ 医療受給者証 ☐ 障 医療受給者証 ☐ ㊦ 医療受給者証 ☐ ㊦ 医療受給者証（限度額認定証） ☐ 重障老人健康管理事業対象者証 ☐ その他（ ）							
受給者証の番号	負 担 者 番 号	2 6						
	受 給 者 番 号							

該当するものに
✓してください。

※ 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（ ）