

医療受給者証等再交付申請書【記入例】

令和 ○年 ○○月 ○○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 ○○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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 子 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 障 医療受給者証 <input type="checkbox"/> ㊦ 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 老 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 健康保険証 その他（ ）

申請者 マイナンバーカード 免許証 健康保険証 その他（ ）