

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"/> 子 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 障 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 〇 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（ ）