

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	☐ 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	☐ 子 医療受給者証 ☐ 障 医療受給者証 ☐ 〇 医療受給者証 ☐ 老 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（）