

(様式第6号)

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院）

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	郵便番号			
	住 所			
	個人番号			
保護者（受診者が18歳未満 の場合記入）	フリガナ		続柄	
	氏 名			
	郵便番号			
	住 所			
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年 月 日 から	年 月 日	まで

〈申請の理由〉

1 破損・汚損

2 紛失

私は、上記の理由により自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

届出者氏名

印

年 月 日

沖縄県知事 殿

※ 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請には、医療受給者証を添付すること。