

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		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	電話番号
	個人番号		
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ		受診者との関係
	保護者氏名		
	保護者住所	〒	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ 電話番号
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から	まで
再交付を申請する理由	該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失		
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 岩手県知事 殿			

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
 ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに知事・市町村長に返還してください。