

(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			
	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	から 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 令和 年 月 日 印 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。