

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者 居 住 地 〒  
 フ リ ガ ナ  
 氏 名  
 個 人 番 号  
 電 話 番 号  
 受診者との続柄

児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

受給者番号										
受診者	フリガナ					男・女	生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名									
	個人番号									
	居 住 地									
	疾 病 名									
再交付を申請する理由（該当するものに○を付すこと。）		1 破損		2 汚損		3 亡失		4 滅失		