

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市 区長

申請者氏名 _____
 受給者との関係 本人 同一世帯の親族 扶養義務者 代理人

医療費受給者証を 汚損 破損 紛失 その他 (_____)
 したので、再交付の申請をします。

| | | | | | |
|--------|-------|---|--|------|---|
| 受給者 | 住所 | 仙台市 _____ 区 _____ (電話 _____ - _____ - _____) | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| 助成対象者① | 受給者番号 | | | 医療区分 | <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 母子・父子 |
| | 住所 | ※受給者と同じ場合は記入不要 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | |
| 助成対象者② | 受給者番号 | | | 医療区分 | <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 母子・父子 |
| | 住所 | ※受給者と同じ場合は記入不要 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | |
| 助成対象者③ | 受給者番号 | | | 医療区分 | <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 母子・父子 |
| | 住所 | ※受給者と同じ場合は記入不要 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | |

※汚損、破損等した医療費受給証がある場合は、窓口へ返還してください。

| | | | | | |
|----------------------------|----------|---|--|--|--|
| 記 仙 入 台 欄 市 | 確本 認人 | 写真付き証明書1点 免許証・パスポート・個人番号カード・手帳(身体・療育・精神)・その他(_____) | | | |
| | 委任状 | 写真なし証明書2点 保険証・受給者証・手当証書(児扶・特児)・年金手帳・郵便物・通帳・診察券・その他(_____) | | | |
| | 再交付年月日 | | | | |

※本人確認物ありの場合は即時交付、なしの場合は郵送交付。