

第1号様式の11（第2条の3関係）

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

越谷市長 宛

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次のとおり申請します。

受給者番号									
受診者	フリガナ							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							

注1 破損又は汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。

2 失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。