

自立支援医療費（育成・更生）受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)上越市長

住所
氏名
(受給者との関係)

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

フリガナ				
氏名		個人番号:	生年月日	年 月 日
居住地				
満 受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合	フリガナ			
	保護者氏名	個人番号:		
再交付理由		1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況		

備考 紛失した場合を除き、従前使用していた受給者証を添付してください。