

自立支援医療費受給者証（再交付・返還）届(精神通院)

※ 受診者に関する事項

フリガナ		住所		生年月日	T・S・H・R
氏名				年 月 日	歳

個人番号		電話番号	
------	--	------	--

※ 個人番号は再交付申請時のみ記載。

※ 保護者に関する事項(受診者が18歳未満の場合に記載してください。)

フリガナ		住所		続柄	
氏名					

個人番号		電話番号	
------	--	------	--

※ 個人番号は再交付申請時のみ記載。

受給者番号		※有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
-------	--	-------	---------------------

※ 再発行に関する事項

事由	1 紛失	2 汚損	3 その他( )
----	------	------	----------

※ 返還に関する事項

事由	1 通院を終了	2 死亡	3 その他( )
----	---------	------	----------

私は、上記のとおり自立支援医療受給者証の再発行を申請  
返還の届出を します。

届出者氏名  印

(自らの署名でない場合は、押印が必要です。)  
(届出者は、受診者が18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者です。)

令和 年 月 日 (あて先) 宮城県知事