

記入例

様式第7号

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	カガジヨウ ハコ	住所	多賀城市中央2丁目1番1号	生年月日	○年 □月 △日 XX歳
氏名	多賀城 花子				

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	電話番号	022-368-1141
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--------------

※ 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	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---

※ 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

届出者氏名

多賀城 花子

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