様式第９号（細則第６条関係）

自立支援医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票再交付申請書

年　　月　　日

岩手県知事　　様

申請者（〒　　）（電話　　－　　－　　）
住所

申請者 氏名※1　　続柄(受給者の　　・本人)

個人番号												

自立支援医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票の再交付を次のとおり申請します。

受診者	受給者番号											
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日（満　　歳）										
	住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)	（〒　　）（電話　　－　　－　　）										
	個人番号											

再交付の理由	汚損による　・　破損による　・　紛失による
備考※2	

※1　申請者氏名については、自筆による署名としてください。
※2　汚損、破損の場合は、その自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理表を添えて申請してください。

保健所等記入欄	特記事項						受付印
再交付申請書	受給者証	押印確認					

（A４）