

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		住 所	生年月日	年 月 日 歳
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。

※ 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			

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

※ 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