

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市 区長

申請者氏名

受給者との関係 本人 同一世帯の親族 扶養義務者 代理人

医療費受給者証を 汚損 破損 紛失 その他 () したので、再交付の申請をします。

受給者	住所	仙台市 区						
	フリガナ							
	氏名							
助成対象者①	受給者番号					医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 母子・父子
	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						
助成対象者②	受給者番号					医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 母子・父子
	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						
助成対象者③	受給者番号					医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 母子・父子
	住所	※受給者と同じ場合は記入不要						
	フリガナ							
	氏名	生年月日 (年 月 日)						

※汚損、破損等した医療費受給証がある場合は、窓口へ返還してください。

記 入 欄	確本 認人	写真付き証明書1点 免許証・パスポート・個人番号カード・手帳(身体・療育・精神)・その他()						
	委任状	写真なし証明書2点 保険証・受給者証・手当証書(児扶・特児)・年金手帳・郵便物・通帳・診察券・その他()						
	再交付年月日	<input type="checkbox"/> 交付まで含む委任※ → <input type="checkbox"/> 即時交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付				再交付年月日		年 月 日

※本人確認物ありの場合は即時交付、なしの場合は郵送交付。