様式第7号

養育医療券再交付申請書

令和　　年　　月　　日

吹田市長あて

郵便番号（　　－　　）

申　請　者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（扶養義務者）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄）
受療者の ＿＿＿＿ 電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

次の理由により、医療券の再交付を願いたく申請します。

本人（受療者）	氏　名		性別	男・女
	生年月日	年　　月　　日生		
	住　所（居住地）			
医療券番号	公費負担者番号		交付年月日	
	受給者番号		年　月　日	
申請理由	１．破損　　２．汚損　　３．紛失			
紛失の場合は事情を詳しく記入して下さい。				

（破損及び汚損の場合は医療券を添付のこと。）