

(様式第6号)

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院）																
受 診 者	フリガナ											性別	生年月日			
	氏 名											男・女	年 月 日			
	郵便番号															
	住 所															
	個人番号															
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ											続柄				
	氏 名															
	郵便番号															
	住 所															
	個人番号															
自立支援医療費受給者番号																
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで															
〈申請の理由〉 1 破損・汚損 2 紛失																
私は、上記の理由により自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 届出者氏名 印 年 月 日 沖縄県知事 殿																

※ 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請には、医療受給者証を添付すること。