

自立支援医療（更生医療）受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	個人番号：	男・女	年 月 日
	住所	〒		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	高額治療継続者	該当 ・ 非該当		

自立支援医療費受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次の理由により、自立支援医療（更生医療）受給者証の再交付を申請します。
 (理由)

明石市長 様

年 月 日

申請者

住所

氏名