

# 自立支援医療受給者証の送付先申出書

年 月 日

(申出者)

受診者氏名	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 問い合わせ先電話番号 ( ) -
受給者番号	

※申出者は、受診者です。

※申出書の内容についてお問い合わせをする場合がありますので、問い合わせ先の電話番号もお書きください。

(送付先の住所)

〒	
(理由)	

※送付先  
ご記入  
分譲  
等

※自立支援医療受給者証を、医療機関等に送付を希望される場合には、理由を記入しこの申出書を提出してください。