

医療券再交付申請書

承認	入力

フリガナ			性別	男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生
患者氏名	姓	名					
住 所	〒		電話番号 ()				
	東京都		区町 市村	丁目	番 号		
	(マンション名等)		号		様方		
申 請 理 由	1 破損した 2 汚した 3 紛失した						
	(理由)						

上記の理由により、医療券の再交付を申請します。

年 月 日

申請者氏名 _____
患者との続柄()

東京都知事 殿

負担者番号	1 3	受理年月日	年 月 日
受給者番号	/	收受印欄	