

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	/	収 受 印 欄	