

届出者は、原則として「加入医療保険の被保険者（世帯主、組合員）である保護者」です。

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

		令和 年 月 日	
(あて先) 横須賀市長			
受診者	フリガナ氏名		生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	個人番号		
	受給者番号		
	居住地	〒	
申請者 (保護者)	フリガナ氏名		受診者との続柄 父・母・本人 その他 ( )
	個人番号		
	居住地	〒 ※受診者と異なる場合に記入	連絡先 自宅 (父・母・本人・その他)の携帯
申請の理由	<p>該当するものに○印をつけてください</p> <p>1 破 損      2 汚 損      3 紛 失</p> <p>4 その他(理由 )</p> <p>破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください</p>		
備考	届出者と窓口に来た人が異なるときは、以下を記入してください。		本人確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済
	代理人氏名 (窓口に来た人)		收受印
	居住地	※届出者と異なる場合に記入	

失った受給者証を見つけたときは、速やかに横須賀市に返還をしてください。