

承認	入力

医療券再交付申請書

フリガナ			性別	男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	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。

平成 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	平成 年 月 日
受給者番号		収 受 印 欄	