

養育医療券再交付申請書																		
ふりがな 患者氏名					性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日										
住 所	郵便番号																	
電話番号																		
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。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin: 10px 0;"> 申請者氏名 _____ </div> <div style="text-align: right; margin: 10px 0;"> 患者との関係 () </div> <div style="margin-top: 10px;"> (あて先) 東京都板橋区長 </div>																		
負担者番号	2	3	1	3	6	1	9	5	受給者番号									

※太枠内のみ記入してください

健康福祉センター	年 月 日	健康推進課	年 月 日	受理
受 理 年 月 日	板・上・赤・志・高	受 理・決 定 年 月 日	年 月 日	日 決 定