

※市記入	受給者番号	
------	-------	--

乳幼児 医療費受給者証再交付申請書

裾野市長様

年 月 日

住所： 裾野市

下記の理由により、乳幼児医療費受給者証の再交付を申請します。

届出者

(電話 — —)
氏名： 印

記

受給者 (乳幼児)	フリガナ	性別	男 ・ 女
	氏名	生年月日	年 月 日
申請の理由 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1. 紛失した		
	2. 破れた		
	3. 汚れた		
	4. その他()		

レ点

受給者証未使用	再発行してそのまま渡す	
自己負担金の領収書あり	枚数に応じて受給者証にスタンプ 押印、診療日と医療機関名を記入	
自己負担金の 領収書なし	診療から2ヶ月以上経過	国保連データで通院回数を確認 し、受給者証にスタンプ押印
	診療から2ヶ月未満→ 診療した医療機関を覚えてい るか申請者に確認	覚えている→医療機関に電話で確 認。自己負担金額を支払った診療 日を確認し、スタンプ押印、診療 日、医療機関名を記入
	覚えていない→ 再発行してそのまま渡す。国保連 データが市に届く2ヶ月後に通院 回数を確認しスタンプを押印する ため、再度来てもらう旨伝える。 →国保連データでわかり次第連絡	