

自立支援医療費（精神通院）受給者証 紛失届け及び再交付願い

鹿児島県精神保健福祉センター所長 殿

私は、不注意により自立支援医療費（精神通院）受給者証を紛失してしまいました。
つきましては、自立支援医療費（精神通院）受給者証を再交付して下さるようお願い申し上げます。

年 月 日

氏名

認定年月日	年 月 日		
自立支援医療費受給者番号			
氏 名			生年月日
住 所			
被保険者記号番号・ 保険者名等	記号		
	番号－枝番	(番号)	－(枝番)
	保険者名		
保護者 (受診者が18才未満の場合)	氏名		
	住所		
指定医療機関	病院・診療所 名 称	住 所 電 話	
	薬 局 名 称	住 所 電 話	
	訪問看護事業者 名 称	住 所 電 話	
所得区分			
重度かつ継続			
自己負担上限額			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		