

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。

令和 年 月 日

氏 名
(自署又は記名押印)

認定年月日		年 月 日		
保険の種類				
指 定 医 療 機 関	病院・診療所 名 称		所在地	
	薬局名称		所在地	
	訪問看護ステーション		所在地	
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
受給者番号				
受給者の住所				
受給者の氏名				
生 年 月 日				
重度かつ継続		該 当 ・ 非 該 当		
自己負担上限額		月額 円		