

持参の場合【保険証あるいは免許証等持参】

郵送の場合【保険証あるいは免許証等のコピー同封】

(住民・患者さま用)

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

〒347-0031 加須市南町 5-15 (加須保健所内)
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 行

「とねっと」かかりつけ医カード再交付申請書

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 様

次のとおり、かかりつけ医カードの再交付を申請します。

<本人記載欄>

申請日:平成 年 月 日	
フリガナ: _____	明治・大正・昭和・平成
氏名: _____	生年月日: 年 月 日
郵便番号: _____	電話番号: _____
住 所: _____	
(かかりつけ医カードID番号: _____)	
再発行申請理由:紛失・破損・その他(理由をご記載ください)(_____)	

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者) _____

(代理者記載の場合:代理者氏名 _____ 続柄: _____)

チェック項目

記入事項に漏れや誤りはありませんか。

(郵送される場合)本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピーを同封しましたか。

※本人確認書類:保険証、運転免許証、住基カードなど

[持参の場合] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)を持参]

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

[郵送の場合の送付先] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピーを同封]

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 〒347-0031 加須市南町5-15(加須保健所内)

TEL 0480-63-0003 ※問い合わせ:平日9時~17時(土・日・祝日・年末年始を除く) FAX 0480-63-0033

<処理欄>※住民(患者)の皆様は、記入しないでください。

本人確認(確認日:H . .)	FAX送信(送信日:H . .)	再発行処理(処理日:H . .)
所属名 _____	所属名 _____	カードID番号: _____
確認者名(又は印)	確認者名(又は印)	処理者印
		通知日:H . .