様式第6号

医 療 証 再 交 付 申 請 書

令和　　年　　月　　日

高 石 市 長　殿

申請者　住 所

氏 名

医療証(認定証)を 破損 ・ 汚損 ・紛失 したので、再交付を申請します。

受給者	氏　　名	性 別	生　年　月　日	医療証番号
		男 女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
住　所	高石市　　丁目　　番　　号			
加入保険	被保険者	保険者名	社保・健保・国保	
		記　　号		
		番　　号		

注意　1. 医療証・認定証を破損または汚損したときは、その医療証・認定証を添付してください。

2. 紛失した医療証・認定証を発見したときは、直ちにお返しください。

再交付する医療証等の区分

	ひとり親家庭医療証
	乳幼児医療証

台帳	医療証	電算