

ひとり親家庭医療証再交付申請書

令和 年 月 日

高 石 市 長 宛

	住 所
申請者	氏 名
	続 柄 TEL

医療証を 破損 ・ 汚損 ・ 紛失 したので、再交付を申請します。

受給者	住 所	高石市	丁目	番	号				
	氏 名	生 年 月 日	受 給 者 番 号						
		昭・平・令 . .					1		
		昭・平・令 . .	〃						
		昭・平・令 . .	〃						
		昭・平・令 . .	〃						
		昭・平・令 . .	〃						
		昭・平・令 . .	〃						

加入医療保険	保険者名	保険者番号
	記号・番号	資格取得年月日 年 月 日
	被保険者氏名	被保険者との続柄

注意 1. 医療証を破損または汚損したときは、その医療証を添付してください。
2. 紛失した医療証を発見したときは、直ちにお返してください。

台帳	医療証	電算