

様式第3（第7条関係）

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者 住 所

（受給者）氏 名

電話番号 — —

次のとおり受給者証を再交付してください。

受給者	受給者番号						
	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日			性 別	男 ・ 女	
加入保険	名 称 （保険者番号）	1 小牧市後期高齢者医療 (39232194)		2 その他 ( ) ( )			
	記 号 番 号						
	被保険者氏名	1 受給者と同じ 2 ( )		附加給付の 状 況	有 ・ 無		
申 請 理 由	1 紛 失 2 破 損 3 汚 損 4 その他 ( )						
再 交 付 年 月 日	年 月 日						

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。