

様式第3 その2(第6条関係)

心身障害者
母子家庭等
精神障害者

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
氏 名
電 話 番

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受給者	受給者番号				
	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
	個 人 番 号				
加入医療保険	記号・番号	記 号		番 号	
	保 険 者 名 (保険者番号)				
理 由	1 紛 失 2 破 損 3 その他()				
再交付年月日	令和 年 月 日	確 認			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

受付		
----	--	--