

様式第3 その2(第6条関係)

ご記入いただいた日  
 令和 ×年 ×月 ××日

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

(宛 先)小牧市長

申請者 住 所 小牧市堀の内〇丁目×番地

ご住所・お名前・電話番号を  
 記入してください。

（受給者  
 又は  
 保護者）  
 氏 名 小牧 太郎  
 電 話 0568 - 80-××××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	小牧市堀の内〇丁目×番地			
	フリガナ	コマキ タロウ			
	氏 名	小牧 太郎			
	生年月日	×年 ×月 ××日			
保 険 証	記号・番号	記 号	××	番 号	〇〇〇
	保 険 者 名 (保険者番号)	〇〇〇保険組合 (××××××)		健康保険証の記載内容を ご記入ください。	
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

○で囲んでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

受付

