

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

ご記入いただいた日

令和 ×年 ×月 ××日

(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			
	個 人 番 号	*****			
加 入 医 療 保 険	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 (××××××)			
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				

「受給者」欄の住所以下を記入してください。「加入医療保険」についてはお手元に資格確認書（資格情報のお知らせ）等をご用意の上記入してください（申請時は写しを添付してください）。ただし紛失された場合など、不明の場合は空欄（写し添付省略）でも結構です。

該当するものを○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		
----	--	--