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

（あて先）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	1　0		
	住　　所	1　同上 2　（　　）		
	氏　　名			
	生年月日	明・大・昭 年　　月　　日		
	個人番号			
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		令和　　年　　月　　日		

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

受給者証	回　収 未回収	番号		受付	