

様式第3（第7条関係）

ご記入いただいた日

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

令和 ×年 ○月 ×日

（あて先）小牧市長

ご住所・お名前・電話番号を記入してください。

申請者 住 所 小牧市堀の内○丁目×番地

（受給者）氏 名 小牧 太郎

電話番号 0568 - 80-××××

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	小牧 花子							
	生 年 月 日	明・大 ① 昭 5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)							
	記 号 番 号	0700××××							
	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								

「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。

受給者証	回 収 未回収	番 号	受 付
------	------------	-----	-----