

老人医療証再交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) 高槻市長

住 所 : 高槻市 _____

申請者 氏 名 : _____

電 話 : _____ () _____

次のとおり再交付を申請します。

申 請 理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 その他 ()		
公費負担者番号		受給者 番 号	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	受給者 氏 名	
住 所	<input type="checkbox"/> 申 請 者 と 同 じ <input type="checkbox"/> 高槻市		
世 帯 主 被 保 険 者 組 合 員	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	続 柄
加入医療保険	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国・国組・退 (本人・家族)・ 後	
	記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 名		

受付担当 : _____