

ひとり親家庭医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)

高槻市長

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		1 汚損 2 紛失 3 その他 ()										
対象者	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ										
	父・母又は養育者	フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号						
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号						
	児童	フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号						
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号						
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号						
加入医療保険	被保険者等	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ									
		氏名										
	保険種別	協会健保 ・ 健保組合 ・ 共済組合 ・ 市国保 ・ 国保組合										
	記号番号	(記号)	(番号)									
	保険者名称											

(注) 裏面に汚損した医療証を添付してください。