

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

記入例

申請者 住所 **高槻市桃園町2番1号**

氏名 **高槻 育子**

電話 ××× — ××××

次のとおり医療証の再交付を申請します。

受給者番号が分からない場合は記入不要です

申請理由		1 汚損 2 紛失 3 その他 ()										
対象者	居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ										
	父・母又は養育者	フリガナ	タツキ イコ			生年月日	S××・××・××		受給者番号	3××××××		
		氏名	高槻 育子									
	児童	フリガナ	タツキ タロウ			生年月日	H××・××・××		受給者番号	3××××××		
		氏名	高槻 太郎									
		フリガナ				生年月日	. .		受給者番号			
氏名												
加入医療保険	被保険者等	住所	<input checked="" 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) 高国					(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。