

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											
対象者	居住地	申請者に同じ											
	父・母又は養育者	フリガナ氏名	氏名	生年月日		受給者番号	3	×	×	×	×	×	×
		フリガナ氏名	氏名	生年月日		受給者番号	3	×	×	×	×	×	×
	児童	フリガナ氏名	氏名	生年月日		受給者番号							
		フリガナ氏名	氏名	生年月日		受給者番号							
		フリガナ氏名	氏名	生年月日		受給者番号							

(注) 裏面に汚損した医療証を添付してください。

事務処理欄 (以下は記入しないでください)

現在加入している健康保険	国保 / 社保 変更なし / 変更あり (変更届記入必要)	医療証交付日	受付
--------------	----------------------------------	--------	----