

再交付

- 子ども
- 重度心身障害児等 医療費受給者証再交付申請書
- ひとり親家庭等

令和 年 月 日

(あて先) 所沢市長

住所

申請者 氏名

電話番号

次のとおり、医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者証番号																						
氏名																						
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日				大・昭・平・令 年 月 日				大・昭・平・令 年 月 日													

再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 焼失
	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他 ()		

加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	
	記号番号	記号	番号	
	被保険者氏名			
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	保険者番号			
	保険者名称	全国健康保険協会 支部・国保健康保険組合・後期・共済組合・国保組合		
	交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	適用区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
	付加給付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

受付	医療証返却	入力	確認	再交付