**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

（宛先）　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<br>年　　月　　日 | 大･昭･平･令<br>年　　月　　日 | 大･昭･平･令<br>年　　月　　日 |

| | |
|---|---|
| **再交付理由** | □ 紛 失　□ 汚 損　□ 破 損　□ 焼 失<br>□ 盗 難　□ その他（　　） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **加入医療保険** | **□ 次のとおり　□ 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**<br>**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 | □ 本 人　□ 家 族 | |
| | 付　加　給　付 | □ 無　□ 有 | |

| **受　付** | **医療証返却** |
|---|---|
| | |

| **入　力** | **確　認** | **再交付** |
|---|---|---|
| | | |