|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 子　　ど　　も | 医療費受給者証再交付申請書 | |  | 妊　　産　　婦 | |  | 重度心身障害者 | |  | ひ　と　り　親 | | | | | | |
|  | 受給者証番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | |  |
| 受給者氏名 | |  | 男・女 | 年 　　月 　　日生 | |
| 保険種別 | |  | 保険証記号番号 | |  |
| 保険者名 | |  | | | |
| 再交付  申請理由 | | １　破損(汚損)　　２　紛失　　３　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 破いたり、なくした理由を詳しく書いてください。 | |  | | | |
| 上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。  　　　年　　　月　　　日  届出人（受給者等）  住所  氏名  大槌町長　　　　　殿 | | | | | | | |