|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |