

記入例

医療費受給者 再交付申請書

- 第4号様式(第5条関係) 子ども
- 第4号様式(第7条関係) 障害者
- 第3号様式(第5条関係) 母子家庭等
- 第3号様式(第5条関係) 精神障害者
- 第3号様式(第7条関係) 後期高齢者福祉

知多市長

点線内部を記入し、該当する医療保険を
チェックしてください。

令和 ○年 5月 15日

住所 知多市 緑町1番地
(コーポみどり102)

申請者
(窓口
こられた人)

氏名 知多 太郎

(受給者との続柄 父)

(電話 090-XXXX-ZZZZ)

次のとおり申請します。

受給者番号		
受給者	住所	申請者に 同じ 知多市
	フリガナ	チタ ハナコ
	氏名	申請者に 同じ 知多 花子
	生年月日	大正・昭和・平成 令和 3年 4月 5日
再交付理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 汚した <input type="checkbox"/> 破れた <input type="checkbox"/> 亡失した <input type="checkbox"/> 盗まれた <input type="checkbox"/> その他 (事情を簡潔に記入してください。) []
再交付年月日		令和 年 月 日

再交付が必要な理由をチェック
してください。

受付場所

課長		証発行者	処理者	受付者