

第4号様式(第5条関係)  
第4号様式(第7条関係)  
第3号様式(第5条関係)  
第3号様式(第5条関係)  
第3号様式(第7条関係)

- 子ども
- 障害者
- 母子家庭等
- 精神障害者
- 後期高齢者福祉

# 記入例

## 医療費受給者 再交付申請書

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 氏名 知多 太郎  
(窓口にかかれた人)  
(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