

別記様式第12号（第7条関係）

|    |     |     |      |       |      |    |    |    |   |
|----|-----|-----|------|-------|------|----|----|----|---|
| 区分 | 妊産婦 | こども | 重度一般 | 重度高齢者 | ひとり親 | 決裁 | 課長 | 係長 | 係 |
|----|-----|-----|------|-------|------|----|----|----|---|

|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|--|--------|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 医療費受給資格者証再交付申請書                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 受給者番号                                                                                                                                                                                                  |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 助成対象者<br>(受給資格者)                                                                                                                                                                                       |                       | 氏 名 |  |        |  | 生 年 月 日               |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  | 年 月 日                 |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  | 年 月 日                 |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  | 年 月 日                 |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  | 年 月 日                 |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |     |  |        |  | 年 月 日                 |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 保<br>険<br>証                                                                                                                                                                                            | 記<br>号                |     |  | 番<br>号 |  |                       | 保<br>険<br>者<br>番<br>号 |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
|                                                                                                                                                                                                        | 被<br>保<br>険<br>者<br>名 |     |  |        |  | 保<br>険<br>者<br>名<br>称 |                       | 佐野市国民健康保険<br>共済組合<br>健康保険組合<br>全国健康保険協会 支部<br>栃木県後期高齢者医療広域連合 |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 受給資格者証を <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>破損</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>汚損</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>紛失</td></tr></table> したので、再交付を申請します。 |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> | 破損 | <input type="checkbox"/> | 汚損 | <input type="checkbox"/> | 紛失 |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               | 破損                    |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               | 汚損                    |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               | 紛失                    |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                  |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 佐 野 市 長 様                                                                                                                                                                                              |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 申請者 住所 佐野市                                                                                                                                                                                             |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 氏名                                                                                                                                                                                                     |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |
| 電話 —                                                                                                                                                                                                   |                       |     |  |        |  |                       |                       |                                                              |  |  |  |  |  |                          |    |                          |    |                          |    |

備考 太枠欄は、記入しないでください。