

記入例

別記様式第12号（第7条関係）

郵送申請の場合には、資格者証を再交付したい方の保険証のコピーを必ず同封してください。

区分	妊産婦	子ども	重度一般	重度高齢者	ひと
----	-----	-----	------	-------	----

医療費受給資格者証再交付申請書

受給者番号

助成対象者が複数いる場合は再交付申請書に複数名記入してください。

氏名

生年月日

佐野 花子

〇年 〇月 〇日

佐野 次郎

〇年 〇月 〇日

助成対象者
(受給資格者)

佐野 太郎

年 月 日

年 月 日

年 月 日

保険証	記号	100	番号	123456	保険者番号	090043
	被保険者名	佐野 太郎			保険者名称	佐野市国民健康保険 共済組合 健康保険組合 全国健康保険協会 支部 栃木県後期高齢者医療広域連合

受給資格者証を 破損 汚損 紛失 したので、再交付を申請します。

〇〇年 〇月 〇日

佐野 市長 様

申請者 住所 佐野市 高砂町1

氏名 佐野 太郎
電話 20-3023

備考 太枠欄は、記入しないでください。