医療証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

泉南市長　あて

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続柄＿＿＿電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td>受給医療</td><td colspan="3">１．子ども医療　　２．ひとり親家庭医療　　３．重度障害者医療　　４．老人医療</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="3">１．なくした　２．やぶれた　３．よごれた　４．その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>ふりがな
氏名</td><td>生年月日
T・S・H・R
年　月　日</td><td>性別
男・女</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所</td></tr>
<tr><td>医療証</td><td>受給者番号</td><td rowspan="6" colspan="2">申請理由２又は３に該当するときは、ここに医療証を添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">加入医療保険</td><td>世帯主・被保険者等氏名</td></tr>
<tr><td>保険種別
協・組・日・船・共・国・後</td></tr>
<tr><td>記号番号</td></tr>
<tr><td>資格取得日
S・H・R
年　月　日</td></tr>
<tr><td>発行機関</td></tr>
</table>