医療証再交付申請書

　　　　　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給医療 | 重度障害者医療　　 |
| 申請理由 | １．なくした　２．やぶれた　３．よごれた　４．その他（　　　　　　　　　　　） |
|  | ふりがな氏名 | 生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |
|  | 受給者番号 | 　　 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。 |
| 加　　入医　　療保　　険 | 世帯主・被保険者等氏名 |
| 保険種別協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・共 ・ 国 ・ 後 |
| 記号番号 |
| 資格取得日　　　 年　 　月　 　日 |
| 発行機関 |