

受給医療	1. 子ども医療 2. ひとり親家庭医療		
申請理由	1. なくした 2. やぶれた 3. よごれた 4. その他（ ）		
受給者	ふりがな 氏名	生年月日 S・H・R 年 月 日	性別 男・女
	住所		
医療証	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 医 保 入 療 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		