ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

年　　月　　日

　(宛先)山武市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 住　所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | 　　　　　―　　　　　― |
| 氏　名 | 　　 |

　下記の対象者に係るひとり親家庭等医療費等助成受給券の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 対象者 | 住　所 | 〒　　　― |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏　名 | 　（申請者との続柄　　） |
| 加入医療保険 | 保険者名 | 　 |
| 保険者番号 | 　 |
| 保険種別 | 1　国民健康保険　　　　2　その他 |
| 被保険者、組合員又は世帯主 | 氏　名 | 　 |
| 資格取得年月日 | 　 |
| 記号番号 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 再交付の理由 | 該当する項目に○をしてください。1　紛失　　2　汚損・損傷　　3　その他(　　　　　　) |
| 備　　　考 | 　 |