年　　月　　日

医療証再交付申請書

（あて先）寝屋川市長

寝屋川市

申請者

住　所

氏　名

続　柄　　連絡先

次のとおり医療証の再交付を申請します。

公費区分	□　子ども医療		□　ひとり親医療	
	□　重度障害者医療		□　老人医療(87・88・89・90)	
申請理由	□　喪　　失　　□　破 損 等 □　その他　〔　　〕			
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		性　別	男　・　女
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		性　別	男　・　女
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		性　別	男　・　女
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		性　別	男　・　女
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		性　別	男　・　女

医療助成記入欄（記入の必要はありません）

加入保険確認	□保険証（本書）　□システム　□その他（　　）