

## 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  | <input type="checkbox"/> 子ども医療                           | <input type="checkbox"/> ひとり親医療 |
|       | <input type="checkbox"/> 重度障害者医療                         |                                 |
| 申請理由  | <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 破損等 |                                 |
|       | <input type="checkbox"/> その他 [ ]                         |                                 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号                           |
| 生年月日  | 年 月 日  |                                 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号                           |
| 生年月日  | 年 月 日  |                                 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号                           |
| 生年月日  | 年 月 日  |                                 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号                           |
| 生年月日  | 年 月 日  |                                 |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号                           |
| 生年月日  | 年 月 日  |                                 |

医療助成記入欄 (記入の必要はありません)

|        |  |
|--------|--|
| 加入保険確認 | <input type="checkbox"/> 保険証 (本書) <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|--------|--|