

ひとり親家庭医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)

高槻市長

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		1 汚損 2 紛失									
対象者	居住地										
	父・母又は養育者	フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号					
	児童	フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号					
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号					
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号					
		フリガナ氏名	生年月日	.	.	受給者番号					

(注) 裏面に汚損した医療証を添付してください。

事務処理欄（以下は記入しないでください）

現在加入している健康保険	国保 / 社保 変更なし / 変更あり (変更届記入必要)	医療証 交付日	受付	
--------------	----------------------------------	------------	----	--