

| | |
|----------|--|
| 受付日 | |
| 受給資格者証番号 | |
| 受給資格者証発行 | |

医療費受給資格者証再交付申請書(ひとり親)

令和 年 月 日

宇多津町長 殿

住所 綾歌郡宇多津町

申請者

氏名



電話番号

受給資格者証を破損・亡失したので再交付を申請します。

| | | | | |
|-------|---------|----------|----------|----------|
| 受給資格者 | 氏名 | | 受給資格者証番号 | |
| | 住所 | 綾歌郡宇多津町 | | |
| | 氏名 | | 受給資格者証番号 | |
| | 住所 | 綾歌郡宇多津町 | | |
| *加入保険 | 氏名 | | 受給資格者証番号 | |
| | 住所 | 綾歌郡宇多津町 | | |
| *加入保険 | 保険者等の名称 | 被保険者記号番号 | 事業所の所在地 | 附加給付の有・無 |
| | | | | |
| 申請理由 | | | | |

(注) 受給資格者証を破損したことにより、再交付を申請するときは、破損した受給資格者証(第2号様式)を添付すること。