

受付日	
決定日	
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(重心)

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

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	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	綾歌郡宇多津町 (TEL )		
*加入保険	被保険者記号番号	保険者等の名称	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。