

# 医療証再交付申請書

令和〇年〇月〇日

(窓口に来られた方) 届出者	フリガナ	ハクチョウ ハナコ	受給者から見た続柄	本人
	氏名	白鳥 花子		
	住所	羽曳野市 誉田4-1-1 電話 072 ( 958 ) 1111		

羽曳野市長様

医療証の再交付を以下のとおり申請します。  
 ①紛失したため ②破れたため ③汚れたため ④その他( )  
 なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

該当項目に☑をして下さい

申請する医療証 子ども医療 ひとり親家庭医療 重度障害者医療

申請理由 紛失したため 2. 破れたため 3. 汚れたため 4. その他( )

受給者	フリガナ	保護者様のお名前 ハクチョウ ハナコ	生年月日	大正 昭和 平成 令和
	氏名	白鳥 花子		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同一 <input type="checkbox"/> その他 電話 ( )			

(ひとり親家庭医療の場合のみ記入)	お子様のお名前	氏名	生年月日	続柄
	児童	白鳥 一郎	平成 令和 25年 4月 1日	子
			平成 令和 年 月 日	

(事務局使用欄)

本人確認欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旧医療証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 各種手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( )			
備考欄	<input type="checkbox"/> 医療証発行手渡し済み <input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済み	受付	発行	確認