

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 タロウ	受給者から見た続柄	父
	氏名	白鳥 太郎		
	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。 **該当項目に☑をして下さい**
 なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、**返還**します。

申請する医療証	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療	<input type="checkbox"/> 重度障害者医療
---------	---	-----------------------------------	----------------------------------

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 紛失したため	<input type="checkbox"/> 2. 破れたため	<input type="checkbox"/> 3. 汚れたため	<input type="checkbox"/> 4. その他()
------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

受給者	フリガナ	ハクチョウ イチロウ	生年月日	大正 昭和 平成 令和	28年4月1日
	氏名	白鳥 一郎			
	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同一 <input type="checkbox"/> その他 お子様のお名前				

(ひとり親家庭医療の場合のみ記入)	氏名	生年月日	続柄	
	児 童	平成 令和	年 月 日	
		平成 令和	年 月 日	
		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