

# 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	本人
	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、直ちに返します。

申請する医療証	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input checked="" 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 タロウ	生年月日	大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 令和	50年1月1日
	氏名	白鳥 太郎			
	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)	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