

医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(窓口に来られた方) 届出者	フリガナ		受給者から見た続柄	
	氏 名			
	住 所	羽曳野市 電話 ()		

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。
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。

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 type="checkbox"/> 重度障害者医療		
申請理由		1. 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		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏 名			
	住 所	<div><input type="checkbox"/>届出者と同一 <input type="checkbox"/>その他</div> <div>電話 ()</div>		
(ひとり親家庭医療の場合のみ記入)	児 童	氏 名	生年月日	続柄
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	
			平成 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"/> 資格確認書 <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