

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。
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	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	ハクチョウ イチロウ	生年月日	大正 昭和 <u>平成</u> 令和 28年4月1日
	氏 名	白鳥 一郎		
	☒ 届出者と同一 ☐ その他			
	お子様のお名前 電話 ()			
(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 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	☐ マイナンバーカード ☐ 旧医療証 ☐ 資格確認書 ☐ 住基カード ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 各種手帳 ☐ 介護保険証 ☐ その他()			
備考欄	☐ 医療証発行手渡し済み ☐ 返信用封筒渡し済み	受 付	発 行	確 認