

受給資格証再交付

(宛先) 榎

福祉医療費受給資格証の再交付を希望する受給者本人の氏名、住所、再交付事由を記入してください。
 なお、1枚の申請書に複数人の再交付対象者の氏名を記入いただいても差支えありません。

乳幼児・子ども医療費受給資格証の再交付：健康保険の扶養者の住所、氏名
 心身障害者医療費受給資格証の再交付：受給者本人が18歳未満の場合は健康保険の扶養者の住所、氏名。18歳以上の場合は、受給者本人の住所、氏名
 ひとり親家庭等医療費受給資格証の再交付：18歳未満の子どもを現に扶養している者の住所、氏名（母子家庭の場合は母）

住所 榎市内膳町1丁目1-60

申請者

氏名 榎 太郎

下記のとおり、受給資格証の再交付をお願いします。

受給者				
受給者番号			住所	榎市内膳町1丁目1-60
フリガナ	カシハラ ハナコ			
氏名	榎 花子			
医療種別コード	受給資格証再交付事由 (異動事由)	受給資格証再交付	再交付事由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他
備考				

- (注) 1 破損のため再交付を受ける場合は、破損した受給資格証を添付してください。
 2 紛失のため再交付を受けた後、紛失した受給資格証を発見したときは、直ちに返還してください。