

医療証 再交付申請書

お持ちの医療証に記載されている受給者番号を記入してください。申請の理由が紛失の場合は記入不要です。

医療証	負担者番号	8	5	1	4	0	1	0	1	
	医療証番号	8	0	0	0	0	0	0		
対象者	フリガナ	サガミ ハナコ								
	氏名	相模 花子					生年月日			
							平成 ○○年 月 日			
住所	相模原市 中央区中央2 - 11 - 15									
申請の理由	1 紛失したため		3 汚したため							
	2 破ったため		4 その他( )							
<p>該当する申請事由を で囲んでください。 再交付事由発生日 令和 年 ○月 ○日</p>										
<p>上記のとおり医療証の再交付を申請します。</p> <p>事由が発生した年月日を記入してください。</p> <p>令和 年 ○月 ○日</p> <p>申請者 <u>住所</u> _____</p> <p>                  <u>氏名</u> _____</p> <p>相模原市長 あて</p>										
* 処 理 事 項	医療証交付	年 月 日 郵送								
	備考		電算処理欄							

- ・ \*印の欄は記入しないで下さい。
- ・ 医療証が破れたり、よごれたりしたときは、その医療証をこの申請書に添付してください。
- ・ 紛失した医療証を発見したときは、その医療証をただちに返還してください。
- ・ 字はかい書で、はっきり書いてください。