

医療費受給資格証再交付申請書

令和 年 月 日

生 駒 市 長 あて

住 所 生駒市

申請者 氏 名

電 話 ()

次のとおり受給資格証の再交付を申請します。

受 給 者	医療種別	☐ 乳幼児 ☐ 子ども ☐ 身障 ☐ ひとり親家庭等	受 給 者 番 号						
	氏 名								
	住 所	生駒市							
再 交 付 理 由		1 紛 失 2 破 損 3 その他 (							

※ 受給者の加入保険情報の分かるもののコピーを必ず添えて申請してください。

- (注) 1 再交付理由が「紛失」以外の場合は、既交付の医療証又は受給資格証を返還してください。
- 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、早急に返還してください。