

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

申請される方

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 **記入不要です**

受給者	医療費助成の対象者	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 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

2 紛失のため再交付を受けた後
ください。

郵送の場合、医療費助成の対象者の加入保険情報
が分かるもののコピーを同封してください。