

乳 幼 児  
妊 産 婦  
児 童 生 徒  
重度心身障害者  
ひとり親家庭  
寡 婦

医 療 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

受給者証番号	第 号		
受給者氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日 生
保険者名			
再交付申請理由	1. 破損（汚損） 2. 紛失 3. その他（ ）		
破いたり、なくした理由を詳しく書いてください。			

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

届出人（受給者等）

住 所

氏 名

電話番号

一戸町長 様