

障害者医療費受給資格証再交付申請書

年　月　日

総社市長　　様

申請者　住所

氏名

申請者 <small>(受給資格者)</small>	氏　　名	性　　別	生　年　月　日	受給資格証 記号・番号
	個人番号 ()	男 ・ 女	明・大・昭・平 年　月　日	
再交付 理　由	1. 紛失 2. 破損 3. その他 ()			
被保険者 又　は 組合員 氏　名		加入 医療保険	名　称	
			記号番号	

(注) 破損の場合は、受給資格証を添えて提出してください。