

心身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 (受給資格者)	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。