

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

滝川市長 様

届出人の住所・
氏名・電話番号
を記入

住 所 滝川市大町1丁目2番15号
申請者

氏 名 医療 太郎

(TEL 23 1234)

次の理由により、医療費受給者証の再交付を申請します。

記

該当するものを
で囲む

受給者証の種類	乳幼児 ・ 重 度 (障 ・ 障 老) ・ ひとり親	
受給者	住 所	
	氏 名	
	受給者証番号	
理 由	① 破いた 2 汚した 3 失った 4 その他 ()	

該当する理由を
選択

備考 「受給者証の種類」及び「理由」の欄は、該当するものに 印を付けてください。