

様式第3号

ひとり親家庭医療証再交付申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申 請 理 由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他()									
受 給 者 住 所		摂津市									
フリガナ		続 柄	生 年 月 日	受給者番号							
受 給 者 氏 名											
		父母又は 養 育 者	年 月 日							1	
				年 月 日						2	
		年 月 日						3			
			年 月 日						4		
		年 月 日							5		
加 入 医 療 保 険	被保険者		氏 名								
		住 所									
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国組・国保									
	記 号 番 号										
	発行機関	所 在 地									
		名 称									

〔注〕 裏面に破損し、又は汚損した医療証を添付してください。