

医療受給者証再交付申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者

氏 名

次のとおり、受給者証の再交付を申請します。

受給者氏名	生年月日	再交付申請理由
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
制 度	<input type="checkbox"/> 子育て支援医療 (白 ・ 桜) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 障害者 (児) 医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> 老人医療【限度額証】 <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人健康管理事業	

受給者氏名	生年月日	再交付申請理由
	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
制 度	<input type="checkbox"/> 子育て支援医療 (白 ・ 桜) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 障害者 (児) 医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> 老人医療【限度額証】 <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人健康管理事業	

受給者氏名	生年月日	再交付申請理由
	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
制 度	<input type="checkbox"/> 子育て支援医療 (白 ・ 桜) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 障害者 (児) 医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> 老人医療【限度額証】 <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人健康管理事業	

注1 き損等で受給者証がある場合は、必ずこの申請書に添付してください。

注2 紛失等で後日失っていた受給者証が見つかった場合は、必ず返還してください。