

重度障害者医療 医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先)箕面市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由	紛失・その他()		
対象者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	箕面市	丁目 番 号
医療証	公費負担者番号	80270218	
	受給者番号		
加入医療 保 険	被保険者氏名		
	保険種別		
	記号番号		
	保険者番号		
	保険者の名称		

記入例

重度障害者医療 医療証再交付申請書

●年 ●月 ●日

(宛先)箕面市長

申請者

住所	箕面 ゆり
氏名	箕面市西小路4丁目6番1号
電話	072-723-2121

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由	紛失・その他()		
対象者	氏名	箕面 ゆり	
	生年月日	平成 2 年 3 月 3 日	
	住所	箕面市西小路4丁目6番1号	
医療証	公費負担者番号	80270218	
	受給者番号	3212345	
加入医療 保険	被保険者氏名	箕面市国民健康保険	
	保険種別	国保一般	
	記号番号	箕国	123456
	保険者番号	270215	
	保険者の名称	箕面市国民健康保険	