

様式第3号(第8条関係)

ひとり親家庭医療 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	82270216	
	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

ひとり親家庭医療 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 太郎

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 太郎	
	生年月日	令和 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	82270216	
	受給者番号	0412345	
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	
		箕面市国民健康保険	