

子どもの医療 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	平成・令和	年 月 日
	住所	箕面市	丁目 番 号
医療証	公費負担者番号	86270212	
	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

子どもの医療 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 ゆり	
	生年月日	平成	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	86270212	
	受給者番号	9123456	
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	