

第 9 号様式(第 1 1 条関係)

ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

令和 年 月 日

長生村長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

下記の受給資格者に係る受給券の再交付を申請します。

記

受 給 者 番 号							
受 給 資 格 者	フ リ ガ ナ						
	氏 名	☐ 申請者と同じ。					
	住 所	☐ 申請者と同じ。					
	生 年 月 日	年 月 日					
加 入 医 療 保 険	保 險 者 名						
	保険者番号						
	保 險 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他					
	被保険者名	☐ 申請者と同じ。					
	記 号 番 号	記号				番号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日					
再 交 付 の 理 由		該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 破損・汚損 3 その他()					
備 考							