

## ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

（宛先） 東温市長

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電 話 （        ）        ー

下記のとおり、ひとり親家庭医療費受給者証の再交付を申請します

家 庭 主 等	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生
	住 所			
加 入	世 帯 主、 被保険者等氏名			
	保 険 種 別			
医 療 保 険	記 号 番 号		発 行 機 関	
	受 給 者 証 記 号 番 号			
再交付理由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失			

注 再交付理由が 1,2 の時は受給者証を添付すること。