

医療証再交付申請書

医療証	負担者番号	8	0	1	4	0	1	0	6
	医療証番号								
対象者	フリガナ								
	氏名							生年月日	
								年	月
住所									
申請の理由	1 紛失したため		3 汚したため						
	2 破ったため		4 その他()						
再交付事由発生年月日 年 月 日									
上記のとおり医療証の再交付を申請します。									
年 月 日									
申請者 <u>住所</u>									
<u>氏名</u>									
相模原市長 あて									
* 処 理 事 項	医療証交付	年 月 日			郵送				
	備考			電算処理欄					

- ・ *印の欄は記入しないで下さい。
- ・ 医療証が破れたり、よごれたりしたときは、その医療証をこの申請書に添付してください。
- ・ 紛失した医療証を発見したときは、その医療証をただちに返還してください。
- ・ 字はかい書で、はっきり書いてください。