

医療証 再交付申請書

医療証	負担者番号	8	5	1	4	0	1	0	1	
	医療証番号									
対象者	フリガナ									
	氏名						生年月日			
							年	月	日	
住所	相模原市									
申請の理由	1 紛失したため		2 破ったため		3 汚したため		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。

子育て給付課 医療給付班(電話042 - 704 - 8908)