

医療証 再交付申請書

お持ちの医療証に記載されている負担者番号、受給者番号を記入してください。申請の理由が紛失の場合は記入不

医療証	負担者番号	8	1	1	4	0	1	0	5
	医療証番号	1	2	3	4	5	6	7	
対象者	フリガナ	サガミ ハナコ							
	氏名	相模 花子					生年月日		
	住所	相模原市中央区中央2-11-15							
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( )
	該当する申請事由を○で囲んでください。				再交付事由発生日 令和〇〇年 〇 月 〇 日				
上記のとおり医療証の再交付を申請します。									
令和〇〇年 〇 月 〇 日									
申請者 住所 保護者の住所・氏名を記入してください。									
氏名									
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。