

医療証 再交付申請書

医療証	負担者番号	8	1	1	4				
	医療証番号								
対象者	フリガナ								
	氏名					生年月日			
						年 月 日			
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。
- ・ この申請書提出するときは、健康保険証を提出してください。
- ・ 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)