

ひとり親家庭医療証再交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

門真市長 様

申請者	住所	門真市 中町1番1号		
	氏名	門真 花子	電話	000-0000-0000

以下のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由	① なくしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()
------	---

受給者番号		受給者氏名	門真 花子
住所	① 申請者に同じ 2 その他 ()		
生年月日	S・H・R 60年 1月 1日		

受給者番号		受給者氏名	門真 一郎
住所	① 申請者に同じ 2 その他 ()		
生年月日	S・H・R 28年 2月 2日		

受給者番号		受給者氏名	門真 二郎
住所	① 申請者に同じ 2 その他 ()		
生年月日	S・H・R 2年 3月 3日		

受給者番号		受給者氏名	
住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()		
生年月日	S・H・R 年 月 日		

備考 申請理由の2又は3に該当する場合は、医療証を添付してください。

健康保険	変更 無 ・ 有 (保険変更届出済 ・ 保険変更届を依頼)	
申請者本人確認	個人番号カード・運転免許証・その他 ()	
受付日		受付