

別記第5号様式(第6条関係)

重度心身障害者医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

南房総市長 宛

申請者 住 所

氏 名



療養者との続柄()

電 話

重度心身障害者医療費助成受給券の再交付を申請します。

添付書類：受給券(汚損・破損の場合)

受給者番号																					
療養者	フリガナ																				
	氏 名																				
	住 所																				
	生年月日	年 月 日																			
	個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
加入医療保険	保険者名																				
	被保険者名																				
	資格取得年月日	年 月 日																			
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()																				