課　長	班　長	班	受付	令和　　年　　月　　日	受付印	
			決定	令和　　年　　月　　日		
			交付	令和　　年　　月　　日		

医療費受給資格証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

海南市長　　様

申請者　　住所　海南市

氏名

電話番号　（　　－　　－　　）

対象者との続き柄　（　　）

次のとおり、医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給資格証の種類		1．子ども　2．ひとり親家庭　3．重度心身障害者（児） 4．重度心身障害者（後期高齢）　5．老人
受給資格証番号		
対象者	フリガナ	
	氏　名	
	住　所	海南市
	生年月日	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日
再交付の理由		1．破損　2．亡失　3．その他（　　）
備　考		

届出者名		様	確認日・名	・　・【　】
本人確認書類	1点	ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・免許証・手帳・		
	2点	保険証（国・社・後・介）・受給者証（自・重）・		