

再交付申請書の書き方

- ・ボールペンでお書きください（消せるボールペンや鉛筆等は不可）
- ・ で困っている部分を記入してください。
- ・電話番号は必ず日中に連絡がつく電話番号を記載してください。

申請を行う年月日（郵送の場合は郵送する日）を記入してください。

受給者氏名（子ども医療の場合は、保護者名）・住所・電話番号を記入してください。

代理人が記入する場合は押印してください。

連絡をさせていただく場合があるため、電話番号の記入を忘れないようにしてください。

受給者番号がわかる場合は、受給者番号を記入し、受給されている医療費助成に○をつけてください。

- 子ども医療 → こ
- 重度障害者医療 → 障
- 高齢重度障害者医療 → 高
- ひとり親家庭等医療 → ひ
- 高齢期移行者医療 → 移

再交付を希望する受給者の氏名・生年月日を記入してください。

再交付を申請する理由に をつけてください。

子ども・（高齢）重度障害者・ひとり親家庭等・高齢期移行者
医療費受給者証再交付申請書

No. _____

理由により医療費受給者証の再交付を申請します。
既に交付を受けている受給者証を発見したときは、速やかに返還するとともに、紛失した受給者証による戻金については貴市に負担をかけません。

令和 3 年 4 月 1 日

太
枠
内
を
ご
記
入
く
だ
さ
い

フリガナ	コウベ タロウ
氏名	神戸 太郎
住所	神戸市 中央 区 加納町6丁目0番0号
連絡先	080 - 0000 - 0000 ※日中に連絡が付く電話番号を記入してください。

※汚破損した受給者証を添付してください

受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	<input checked="" type="radio"/> こ	<input type="radio"/> 障	<input type="radio"/> 高	<input type="radio"/> ひ	<input type="radio"/> 移
氏名	神戸 花	理由				
生年月日	大・昭・平・令 2年 10月 10日	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失（なくした） <input type="checkbox"/> 破損（やぶれた） <input type="checkbox"/> 汚損（よごれた） <input type="checkbox"/> 未到着（とどいていない） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

受給者番号		<input type="radio"/> こ	<input type="radio"/> 障	<input type="radio"/> 高	<input type="radio"/> ひ	<input type="radio"/> 移
氏名		理由				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失（なくした） <input type="checkbox"/> 破損（やぶれた） <input type="checkbox"/> 汚損（よごれた） <input type="checkbox"/> 未到着（とどいていない） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

受給者番号		<input type="radio"/> こ	<input type="radio"/> 障	<input type="radio"/> 高	<input type="radio"/> ひ	<input type="radio"/> 移
氏名		理由				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失（なくした） <input type="checkbox"/> 破損（やぶれた） <input type="checkbox"/> 汚損（よごれた） <input type="checkbox"/> 未到着（とどいていない） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

この欄は記載不要です

日付	年 月 日	方法	窓口	郵送	受付
担当係長	担当係長	係	交付年月日	年 月 日	
情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 1年					