

# 医療費受給者証の再交付申請をされる方へ

## 1. 申請に必要なもの（下記を封筒に入れて郵送してください。）

- 医療費受給者証再交付申請書
- 健康保険証のコピー
- 現在お持ちの医療費受給者証（破損・汚損の場合）

## 2. 郵送先

お住まいの区の区役所保険年金医療課介護医療係

北須磨地区にお住まいの方は北須磨支所市民課介護医療係

宛名	郵便番号	住所
東灘区役所保険年金医療課介護医療係	〒658-8570	神戸市東灘区住吉東町 5-2-1
灘区役所保険年金医療課介護医療係	〒657-8570	神戸市灘区桜口町 4-2-1
中央区役所保険年金医療課介護医療係	〒651-8570	神戸市中央区雲井通 5-1-1
兵庫区役所保険年金医療課介護医療係	〒652-8570	神戸市兵庫区荒田町 1-21-1
北区役所保険年金医療課介護医療係	〒651-1195	神戸市北区鈴蘭台北町 1-9-1
長田区役所保険年金医療課介護医療係	〒653-8570	神戸市長田区北町 3-4-3
須磨区役所保険年金医療課介護医療係	〒654-8570	神戸市須磨区大黒町 4-1-1
北須磨支所市民課介護医療係	〒654-0195	神戸市須磨区中落合 2-2-5 名谷センタービル 4 階
垂水区役所保険年金医療課介護医療係	〒655-8570	神戸市垂水区日向 1-5-1
西区役所保険年金医療課介護医療係	〒651-2195	神戸市西区玉津町小山字川端 180-3

## 3. 郵送再交付申請についての注意

- ・郵便事情等により申請（ポスト投函）から受給者証がお手元に届くまで、1~2 週間程度お時間がかかります。（特に年末年始や連休等は、通常よりお時間がかかりますのでご注意ください。）
- ・再交付申請書の記載内容に不備等がある場合、受給者証が再交付できない場合がありますので、必ず日中連絡のつく電話番号を記載いただきますようお願いいたします。

# 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。
- ・**健康保険証のコピー**を必ず添付してください。
- ・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。

押印は、スタンプ印不可です。

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

の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。  
お、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診療については貴市に負担をかけません。

令和2年 1 月 10 日

申請者	フリガナ	コウベ タロウ
	氏名	神戸 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">神戸</span>
	住所	神戸市 中央 区 加納町6丁目○番○号
	電話番号	080 - 0000 - 0000 <small>※日中に連絡がつく電話番号を記入してください。</small>

太極印をご記入ください

神戸市 中央 区 長 宛 ※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 (こ) (障) (高) (ひ) (移)
氏名	神戸 花
生年月日	明・大・昭・平 令 1 年 10 月 10 日
理由	<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	(こ) (障) (高) (ひ) (移)
氏名	
生年月日	明・大・昭・平 令 年 月 日
理由	<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	(こ) (障) (高) (ひ) (移)
氏名	
生年月日	明・大・昭・平 令 年 月 日
理由	<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