

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

制度区分	・子ども ・母子・父子家庭等 ・重度心身障害者 ・高齢重度障害者		
受給資格者番号			
(フリガナ) 受給資格者の氏名 及び性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
住 所			
医療 保 険 の 加 入 状 況	被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号	記 号	番 号
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名		
	保険資格取得日	年 月 日	
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 の 名 称	()国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済組合・後期高齢	
再交付申請の理由	1 紛失 2 破損 3 汚損		
<p>福祉医療費受給資格者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 前 橋 市 長</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 _____</p> <p>(保護者)</p> <p>電話番号 ()</p>			

来 庁 者	氏名		TEL	
	住所		続柄	