

制度区分	<input checked="" type="radio"/> 子ども <input type="radio"/> 母子・父子家庭等 <input type="radio"/> 重度心身障害者 <input type="radio"/> 高齢重度障害者				
受給資格者番号	2 1 2 3 4 5 6				
(フリガナ) 受給資格者の氏名 及び性別	アカギ ハナコ				
	赤城 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女	男 女		
生年月日	令和〇年〇月〇日      年 月 日      年 月 日				
住所	前橋市大手町二丁目12番1号				
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	ま	番号	100-0000
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名	赤城 太郎			
	保険資格取得日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	保険者番号	0 0 1 0 0 0 1 6			
	保険者の名称	(前橋市) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失 <input type="radio"/> 2 破損 <input type="radio"/> 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 style="text-align: center;">令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>(宛先) 前 橋 市 長</p> <p style="text-align: right;">住所      前橋市大手町二丁目12番1号</p> <p style="text-align: right;">氏 名      赤城 太郎</p> <p style="text-align: right;">(保護者)</p> <p style="text-align: right;">電話番号      027 ( 224 ) 1111</p>					

来庁者	氏名		TEL	
	住所		続柄	