様式第10号(第9条関係)

<table>
<tr><td colspan="6">特別医療費受給資格証再交付申請書

町長　　様</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給資格者名</td><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2">生　年　月　日</td><td>受給資格証記号番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">男
女</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>大山第　　号</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者
(組合員)名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td rowspan="2">加入医療保険</td><td>保険者名</td><td></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">特別医療費受給資格証を　亡失
損傷　したので、特別医療費受給資格証の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請人　住　所
氏　名
受給資格者との続柄
電話番号</td></tr>
</table>

(注)1　この申請書には、被保険者証(共済組合員証)を添付してください。

2　記名押印に代えて署名することができます。