

様式第10号(第9条関係)

特別医療費受給資格証再交付申請書 町長 様				
受給 資格者名	氏 名	生 年 月 日	受給資格証記号番号	
	男 女	年 月 日	大山第 号	
	住 所			
被 保 険 者 (組 合 員) 名			加入 医療 保険	保 険 者 名
				記 号 番 号
特別医療費受給資格証を 亡失 したので、特別医療費受給資格証の再交付を申請し 損傷 ます。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 住 所 _____ 申請人 氏 名 _____ 受給資格者との続柄 _____ 電話番号 _____ </div>				

- (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。