重度障害者医療費受給者証再交付申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

三　原　市　長　様

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

汚損

重度障害者受給者証を　損傷　したので再交付を申請します。

亡失

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 有効期限 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 本　　人 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |
| 加入療医療保険の被保険者・世帯主 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 加入保険 | 記号番号 | 保険者 | 所　　在　　地 | 付加給付の状況 |
|  |  |  |  |
| 受付年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 受給資格 | 有　・　無 |
| 登録番号 |  | 再発行年月日 | 令和　 年　 月　 日 |
| 有効期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 決　　　裁 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |