

障害者医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住 所
氏 名

受給資格者	氏 名	性 別	生 年 月 日		受給者資格者番号
		男・女	年 月 日		
紛失（破損） 理 由					
被保険者 又は 組合員氏名		加 入 医 療 保 険	名 称		
			記号番号		

（注） 破損の場合は、旧受給資格証を添えて提出してください。