様式第4号(第6条関係)

老人医療費受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 受給者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 居住地 |  | | |
| 再交付申請の理由 |  | | |

　上記のとおり申請します。

　　　　　　年　　月　　日

住所

申請者

氏名

　　燕市長　　　　様

注　1　再交付申請の理由は具体的に詳しく記載すること。

　　2　破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

　　3　紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。

　　4　加入医療保険資格情報が分かる書類を持参すること。