様式第3号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 子　ど　も | | 医療費受給者証再交付申請書  　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | 母子家庭等 | |
|  | | 重度心身障害者 | |
| 池田町長　　　　殿  　　　住所　池田町  申請者  氏名  　　医療費受給者証を汚損・亡失したので再交付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証 | | 受給者証番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | | 池田町 | | | | | | | | | | | |
| 氏名・性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | 世帯主・被保険者又は組合員の氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |