第8号様式(第9条関係)

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市母子家庭等医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

大　垣　市　長　　様

申　請　者　住　所　大垣市
(受給資格者)

氏　名

個人番号												

電　話　　―　　―

受給者証を再交付くださるよう申請します。

受給者証番号	3	0	2	―									個人番号												

受給資格者(母等)又は児童	フリガナ		申請者との続柄	
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日		
	住　所	大垣市		
加入医療保険	記号番号			
	被保険者(世帯主)氏名		受給資格者との続柄	
	保険者名			
	保険者番号			
	附加給付の有無	有　・　無		
	保険種別	国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員		
再交付の理由		1　紛失 2　破損		

受付	手渡	郵送	回収	入力