

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	

大垣市心身障害者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	0 2 -									個人 番号																
受給 資格 者	フリガナ											申請者との 続柄														
	氏名											続柄														
	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・後期																								
再交付の理由	1 紛失 2 破損																									

受付	手渡	郵送	回収	入力