

妊産婦	乳児	子ども	ひとり家庭	精神障がい者	重度心身障がい者
-----	----	-----	-------	--------	----------

医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 三条市教育委員会

申請者(受給者) 住 所  
氏 名

Ⓜ

次のとおり再交付を申請します。

申 請 理 由		1 破損・汚損 2 亡失 3 その他( )
受 給 者	ふ り が な	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
備 考	医療を受ける方	
	生 年 月 日	

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。  
2 破損又は汚損した場合は、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。

受給者証番号	
--------	--