様式第７号（第１７条関係）

ひとり親家庭等医療費 受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 皆野町大字 |
| 加入医療保険 | 被保険者等の氏名 |  | 付加給付 | 有　・　無 |
| 記号・番号 | ・ | 内容 |
| 保険者番号 |  |  |
| 保険者名 |  |
| 資格取得年月日 | 年　　 　月　　 　日 |

※「破損」の場合は、その受給者証を添付してください。

　ひとり親家庭等医療費受給者証を　　破損　　・　　亡失　　したので再交付を申請します。

年　　　月　　　日

皆野町長　様

受給者氏名：

（連絡先：　　　　-　　　　-　　　　）