様式第６号（第３条の２関係）

１．乳幼児・児童医療費
２．心身障害者（児）医療費
３．ひとり親家庭等医療費

医療費受給者証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

能美市長　　宛て

申請者　住所　能美市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　（　　）　　－

受給者証を（ 紛失・破損 ）したので再交付を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者証番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">H
・
R　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="6">□申請者と同じ
能美市</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入健康保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="3">□申請者と同じ</td><td>受給者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>保険者名称</td><td colspan="6">□能美市（国民健康保険）
□石川県後期高齢者医療広域連合
□全国健康保険協会＿＿＿＿＿＿支部
□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付</td><td colspan="6">窓口・郵送</td></tr>
</table>

※保険証（受給者）の写しを添付してください。