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

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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="7">□申請者と同じ<br>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="3"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>保険者名称</td><td colspan="7">□能美市（国民健康保険）<br>□石川県後期高齢者医療広域連合<br>□全国健康保険協会＿＿＿＿＿＿＿支部<br>□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿健康保険組合・共済組合<br>□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付</td><td colspan="7">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。