

ひとり親家庭医療費受給資格証再交付申請書

受給者番号		加 入 保 険	被保険者 (組合員) 氏名	
受給資格者氏名			保険証 記号番号	
生年月日	年 月 日		保険者名	
個人番号 <small>番号がわかる方は記入願います。</small>			附加給付 の有・無	有 ・ 無

有田川町長 様

有田川町ひとり親家庭医療費受給資格証を 破 損 亡 失 したので受給資格証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

受給資格者 住 所 有田川町大字

氏 名

電話番号 — —

受領日 令和 年 月 日

受領者名

生年月日 S・H 年 月 日

(別世帯の方のみ記入必須)

受給資格者との関係(続柄)

住所

電話番号

職員確認欄

本人確認

免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()