

# 重度心身障害児(者)医療費受給者証再交付申請書

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			男・女	保険証 記号番号	
生年月日	年 月 日			保険者名	
*個人番号*				附加給付 の有無	有 ・ 無

番号がわかる方は記入願います。

有田川町長 様

有田川町重度心身障害児(者)医療費受給者証を  破 損  亡 失 したので受給者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 — —

受領者氏名