様式第3号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 重度障害者医療費受給者証再交付申請書 |
| 医療費受給者番号 | 号　　　　　　 |
| 受給者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住所 | 　 |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | 　 |
| 保険種別 | 　 |
| 被保険者等記号・番号 | 　 | 附加給付の有無 | 有・無 |
| 保険者名 | 　 |
| 保険者所在地 | 　 |
| 　 |
| 　重度障害者医療費受給者証を | 損傷亡失 | したので再交付を申請します。 |
| 　　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　江田島市長　　　　様 |

　※　損傷した受給者証を添付してください。