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。