

受付日	年	月	日
受付番号	第		号

第5号様式(第16条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者証
再交付申請書

令和 2年 4月 20日

草加市長 あて

住所 草加市高砂1-1-1-202号

氏名 草加花子 印

必ず連絡の取れる
電話番号を記入して
ください。

電話/FAX 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおりひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請します。

受給者番号	0123456
受給者証交付年月日	令和 2年 1月 1日
再交付申請理由	<p>1 紛失した 2 破いた 3 汚した 4 その他 (理由を具体的に書いてください。)</p> <p>家を探したが見つからなかった。</p> <p>受給者の健康保険証の写しを添付してください。 保険証も紛失された方は、保険証の再交付を受けた後に ひとり親家庭等医療費受給者証の再交付を申請してください。</p>

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

※ 氏名を署名したときは、押印を省略することができます。

受給者全員の健康保険証の写しを添付してください。