

受付日	年	月	日
受付番号	第		号

第5号様式(第16条関係)

記入見本

ひとり親家庭等医療費受給者証
再 交 付 申 請 書

令和 7年 1月 1日

草加市長 宛て

住 所 草加市高砂1-1-1

氏 名 草加 花子 印

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 7年 1月 1日
再交付申請理由	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>受給者全員の医療保険情報がわかるものいずれかの写し(※)を必ず添付してください。 医療保険情報がわかるものとは・・・</p> <ol style="list-style-type: none">医療保険の保険者から交付された「資格確認書」の写し医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」の写しマイナポータル保険情報がわかる「資格情報画面」の写し <p>上記書類等が添付されていない場合には、再発行することができませんので、ご了承ください。</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。