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　　㊞

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。)

受給者全員の保険情報がわかるもの(※)を必ず添付してください。
保険情報がわかるものとは･･･
1.「健康保険証」
2.「資格確認書」
3.「資格情報のお知らせ」
4.「マイナポータル等の資格情報のコピー」
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。

(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。