

# 重度障がい者医療医療証再交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所

氏名

続柄（対象者の）

電話/FAX

次のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由	1 破れたため	
	2 よごれたため	
	3 失ったため	
	4 その他（ ）	
対象者	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
医療証	公費負担者番号	
	受給者番号	
加入医療 保 険	被保険者氏名	
	保 険 種 別	
	記 号 番 号	
	保 険 者 番 号	
	保 険 者 の 名 称	