

様式第 6 号（第 7 条関係）

重度心身障害者医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

（宛先） 行田市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者証の再交付について申請します。

受給資格者	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号		申請者との続柄	
加入医療保険	☐ 次のとおり ☐ 別添写しのとおり			
	記 号 ・ 番 号		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	
	保 険 者 名 称		保 険 者 番 号	
保 護 者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	
理 由	☐ 破 損 ☐ 亡 失 ☐ その他（ ）			