

申請に必要なものを添付のうえ、お住まいの区の区役所福祉課へ郵送してください。
区役所で受付後、2週間ほどでご自宅へ送付いたします。

医療費受給資格者証再交付申請書

熊本市長様

受給資格者	住所	熊本市中央区手取本町1番1号		
	氏名	熊本 太郎	TEL	連絡が取れる電話番号を記入

窓口に来た人	住所	<input type="checkbox"/> 同上 熊本市中央区花畑町1番1号		
	氏名	熊本 花子	TEL	連絡が取れる電話番号を記入

次のとおり再交付を申請します。

(太わく内のみ記入してください。)

受給資格者証記号番号	セ	A	1	2	3	4	5	6	7
対象者氏名	熊本 太郎								
生年月日	明・大・昭・ 平 ・令 5年 5月 5日								
再交付を申請する理由 (該当する項目に○)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> ① 紛失 2 盗難 3 汚損・破損 4 その他 </div> <div style="width: 50%; border: 2px solid red; padding: 10px; margin-left: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">【再交付に必要なもの】</p> <p style="margin: 5px 0;">①お手持ちの各障害者手帳のコピー</p> <p style="margin: 5px 0;">②健康保険証のコピー</p> </div> </div>								

- 1 保険状況 ① 保険継続
② 資格なし

_____年 月 日
 ~ _____年 月 日

班長		班員	
----	--	----	--

処理欄	
-----	--