

様式第7号

受付印

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			
	氏名		TEL	

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									
対象者氏名									
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日					
再交付を申請する理由 (該当する項目に○)	1 紛失 2 盗難 3 汚損・破損 4 その他 { }								

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	
-----	--