

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。

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	熊本市中央区手取本町1番1号		
	氏名	熊本 太郎	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇

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	1	1	1	1	1	1					
対象者氏名	熊本 太郎													
生年月日	明・大・昭・平・令 55年5月5日													
再交付を申請する理由 (該当する項目に○)	<table border="1"><tr><td>① 紛失</td><td rowspan="4">【再交付申請に必要なもの】 ① 身体障害者手帳、療育手帳又は 精神保健福祉手帳のコピー ② 健康保険証のコピー</td></tr><tr><td>2 盗難</td></tr><tr><td>3 汚損・破損</td></tr><tr><td>4 その他</td></tr></table>									① 紛失	【再交付申請に必要なもの】 ① 身体障害者手帳、療育手帳又は 精神保健福祉手帳のコピー ② 健康保険証のコピー	2 盗難	3 汚損・破損	4 その他
① 紛失	【再交付申請に必要なもの】 ① 身体障害者手帳、療育手帳又は 精神保健福祉手帳のコピー ② 健康保険証のコピー													
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

班員		班員	
----	--	----	--

処理欄	
-----	--