

記入例

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

R 年 月 日

医療費受給者証（藤色・はがきサイズ）に印字されている受給者の氏名等を記入

申請者

住所 長久手市

氏名

再交付を希望する受給者の氏名等を記入

ください。

受給者	受給者番号		
	住所	愛知県長久手市	
	氏名		
申請理由	生年月日		
		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 地番変更 5 その他	

受給者の健康保険証のコピーも提出してください。