記入例

係）

障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者	氏　　名	（個人番号　　）	生年月日	年　　月　　日	
	住　　所		続柄		
	加入保険				
	記号番号				
	保険者名				
障害者	氏　　名	（個人番号　　）	生年月日	年　　月　　日	
	住　　所				

受給者の氏名、生年月日、住所、続柄、加入している健康保険を記入

障害者医療費受給者証を　亡 失　破 損　したので再交付を申請します。

該当する方を〇で囲む

令和●年●●月●●日

南三陸町長　　様

住　所　　南三陸志津川字沼田●●

受給者 氏　名　　三陸　太郎

個人番号　・・・・・・・・・・・・

受給者の住所、氏名、個人番号を記入