様式第11号（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別医療費受給資格証再交付申請書  日南町長　　　　殿 | | | | | | | |
| 受給  資格者名 | 氏名 | | | 生年月日 | | | 受給資格証  記号番号 |
| 男  女 | | | 年　　月　　日 | | | 第号 |
| 住所 |  | | | | | |
| 被保険者  (組合員)名 |  | | 加入医療保険 | | 保険者名 |  | |
| 記号番号 |  | |
| 特別医療費受給資格証を　　したので、特別医療費受給資格証の再交付を申請します。  　　　　年　　月　　日  住所  申請人  氏名　　　　　　　　　㊞  受給資格者との続柄 | | | | | | | |

(注)　1　この申請書には、　　　　　　　　を添付してください。

2　記名押印に代えて署名することができます。

被保険者証

（共済組合員証）

亡失

損傷