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