

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書				
対象者	受給者番号		生年月日	
	氏名			
	住所			
	加入 保険	記号・番号		
		保険者名		
受給者	氏名		生年月日	
	住所			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>ひとり親家庭等医療費受給者証を</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県北本市長</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>破損 亡失</p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> </div> </div>				

(注) 1 破いた又は汚した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。