

【記入要領】

様式第5号（第15条関係）

証交付：済（ / ）・未

ひとり親家庭等医療費受給者証再交付申請書			
受給者番号		生年月日	
再交付が必要な者について記入してください。			
対象者	住所		
	加入保険	記号・番号	
		保険者名	
受給者	名	生年月日	
	住所	該当する方に○をつけてください。	
ひとり親家庭等医療費受給者証を 破損 したので再交付願いたく申請します。 亡失 年 月 日 提出する日付を記入してください。 （宛先）埼玉県北本市長 住所 申請者 氏名 保護者の住所と氏名を記入してください。			

（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。