

医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

医療証の再交付を申請します。

申請者	受給者	制度	<input type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 子ども
		受給者番号	
		氏名	
		住所	東大阪市
		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	保護者氏名 (子ども医療の場合)	(受給者との関係)	
	連絡先	()	
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損		

連絡先	住所	申請者と同じ・
	氏名	(受給者との関係)
	電話	()

確認書類	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証等 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

発行者	発行日	受付者	受付印