

令和 年 月 日

福井市長 あて

受給者 住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

ひとり親家庭等医療費等受給者証再交付申請書

下記のとおりにひとり親家庭等医療費等受給者証を紛失したの  
破損(汚損)したので再交付を申請します。

区分	氏 名	生 年 月 日	対 象 者 番 号																	
本人		年 月 日																		
児童		年 月 日																		
		年 月 日																		
		年 月 日																		
		年 月 日																		
		年 月 日																		

再交付を受ける理由(紛失の場合には、具体的状況を記入)

1 紛失 令和 年 月 日

2 破損(汚損)

(注) 社会保険各法における加入保険情報等の分かるものを添えて提出してください。(公簿等で確認できる場合は不要)

破損(汚損)の場合は、ひとり親家庭等医療費等受給者証を添えてください。

受付		最終 確認	
----	--	----------	--