

老人保健法による医療受給者証再交付申請書

【記載要項】

1. 医療受給者

必要な人の「氏名」「ふりがな」「生年月日」を記入してください。
「性別」に ○ をしてください。
受給者番号は医療受給者証の「受給者番号」を記入してください。
(受給者番号が分からない場合は記入しなくてもいいです。)

2. 医療受給者証交付年月日

何も記入しないで下さい。

3. 再交付申請の理由

「1～4」のあてはまる理由に ○ をしてください。
「4. その他」を選んだ方は、具体的理由を記入してください。

4. 申請者欄

「申請年月日」を記入してください。
医療受給者本人の「住所」「氏名」を記入し押印してください。
(印鑑は認印でよろしいです。)
電話番号を記入してください。

【届出に持参するもの】

老人保健法による医療受給者証再交付申請書
加入健康保険証

【問い合わせ先】

〒028 - 0592

岩手県遠野市東館町8番12号

遠野市役所民生部環境保険課 給付係

(TEL) 0198 - 62 - 2111

内線(323)