様式第５号（第８条関係）

記　載　例

乳　　幼　　児

妊　　産　　婦　医療費受給者証再交付申請書

重度心身障害者

① 受給者番号	第　**０８－１０－０１２３４５－６**　号			
② 受給者氏名	**遠　野　次　郎**	男・女	生年月日	**平成 17 年 10 月 10** 日
③ 保険種別	**国　保　一　般**	保険証記号番号	**０１－０２－０３－０４**	
保険者名	**遠　野　市**			
④再交付申請理由	1　破損（汚損）　2　紛失　3　その他（　　）			
破損（汚損）したり、紛失した理由を詳しく書いてください。				

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

⑤　**平成**○○年　○月　○日

⑥　届出人（受給者等）

住　所　**遠野市東舘町８番１２号**

氏　名　**遠　野　太　郎**　　㊞

遠野市長　○○　○○○　様

様式第５号（第４条関係）

記　載　例

母子家庭医療費受給者証再交付申請書

①受給者番号	第　**０８－４２－０１２３４５－６**　号			
②受給者氏名	**遠　野　次　郎**	男・女	生年月日	**平成 16 年 10 月 10** 日
③保険種別	**国　保　一　般**	保険証記号番号	**０１－０２－０３－０４**	
保険者名	**遠　野　市**			
④再交付申請理由	1　破損（汚損）　2　紛失　3　その他（　　）			
破損（汚損）したり、紛失した理由を詳しく書いてください。				

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

⑤　**平成**○○年　○月　○日

⑥　届出人（受給者等）

住　所　**遠野市東舘町８番１２号**

氏　名　**遠　野　花　子**　　㊞

遠野市長　○○　○○○　様