

再交付

- ☐ 重度心身障害者
- ☐ 乳幼児
- ☐ 中度身体障害者
- ☐ 小学生
- ☐ ひとり親家庭等
- ☐ 中学生
- ☐ 妊産婦
- ☐ 高校生等

医療費受給者証 再交付申請書

年 月 日

盛岡市長 様

申請者 住所

氏名

連絡先

医療費受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

No.	受給者氏名	生年月日	再交付を受ける理由
1		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
2		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
3		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
4		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）
5		年 月 日	破損（汚損） ・ 紛失 その他（ ）