

様式第9号(第9条関係)

特別医療費受給資格証再交付申請書				
湯梨浜町長		様		
受給 資格者名	氏名	生年月日		受給資格証 記号番号
	男女	年 月 日		湯
	住所	湯梨浜町		
加入 医療 保険	被保険者 (組合員)名	記号		
		番号		
	保険者名			
<p>特別医療費受給資格証を^{亡失}_{損傷}したので特別医療費受給資格証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 湯梨浜町 _____</p> <p style="text-align: right;">申請人 氏名 _____ ①</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">受給資格者との続柄 _____</p>				

(注)1 この申請書には、被保険者証(共済組合員証)を添付してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。