

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

会津坂下町長 殿

申請者 住 所
氏 名

㊟

重度心身障害者医療費受給者証を破損したの
紛失したので再交付願いたく申請します。

受給者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
	住 所			
	受給者証番号	第 号		
保護者	氏 名		続 柄	
	住 所			
加入 保 険	保 険 者 名			
	記 号・番 号	記号	番号	
	被 保 険 者 名			
	事 業 所 名			