第4号様式（第11条関係）

・・　医療証再交付申請書

申請日を記入

年　　月　　日

東京都大島町長　殿

住　所　**大島町元町１－１－１４**

氏　名　**大島　太郎**

電　話　**04992-2-1471**

医療証に記載の負担者番号、受給者番号を記入

わからなければ空欄

下記の理由により、医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者番号 | | **８** | **８** | **１** | **３** | **７** | **５** | **６** | **７** |
| 受給者番号 | | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |  |
| 対象者 | 氏名 | **大島　つばき** | | | | | | | 対象者の氏名、生年月日を記入 |
| 生年月日 | **平成○年○月○日** | | | | | | |  |

医療証交付年月日

年　　　月　　　日

申請理由

１　なくした　　２　破いた　　３　汚した　　４　その他

（具体的に書いてください）

申請理由を丸で囲む

破いた、汚した場合は手元にある医療証を回収します