様式第１０号（第9条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別医療費受給資格証再交付申請書  八頭町長　　　　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 | | | 第　　　　　号 |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 被保険者（組合員）名 |  | | | | 加入医療保険 | | 保険者名 |  | |
| 記号番号 |  | |
| 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。  　　　　　　年　　月　　日  申請人　住所  氏名  受給資格者との続柄 | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （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。 |