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。 |