

医療証番号						係	受付

令和 年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住所 高松市 町 丁目 番号
番地

氏名

子 ども 医療証 再交付申請書
 障 害 者 受給資格者証
 ひ と り 親 家 庭 等

次のとおり医療証・受給資格者証の再交付を受けたいので、高松市医療費助成条例施行規則第5条第1項の規定により申請します。

記

該当者	住所	高松市 町 丁目 番号 番地
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	保険者名称	
理由	破損・汚損・紛失・未着 その他 ()	

添付書類チェック覧

健康保険証コピー

申請方法	来所者		本人確認	本人確認(代)
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 本人		A ()	A ()
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 法定代理人	(戸・登・)	B ()	B ()
	<input type="checkbox"/> 任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状	()	()