

# 記入例

再交付

医療証番号

令和●●年 ●月 ●日

(宛先) 高松市長

申請者:  
窓口申請に来た方  
(代理の場合は代理人名)

申請者 住所 高松市 番町 1丁目 8番 15号

氏名 さめき 次郎

- 子 ど も  
 障 害 者  
 ひ と り 親 家 庭 等

医療証  
受給資格者証 再交付申請書

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

## 受給者御本人様の情報

該当者	住所	高松市 番町 1丁目 8番 15号 番地
	氏名	さめき 太郎
	生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
	保険者名称	(例) 国保の場合 高松市
理由	破損・汚損・紛失・未着 その他 ( )	

該当する理由に○をする。

添付書類チェック

健康保険証コピー

申請方法

来所者

y

本人確認(代)

( ) A ( )

( ) B ( )

( ) ( )

### 《必要なもの》

- ①本人の健康保険証(原本)
- ②申請者の身元確認書類
- ③委任状(代理申請の場合のみ)