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

フリガナ

氏 名

□ 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

該当者	住　　所	□　申請者に同じ 高松市
	フ リ ガ ナ 氏　　名	□　申請者に同じ
	生 年 月 日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
理 由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ 未 着 その他（　　）

申請方法	来所者		本人確認	本人確認(代)	受取方法
□ 窓口 □ 郵送	□本人		A □ 免許証 □ 個人番号カード （　　） B □ 資格確認書 キャッシュカード （　　） （　　）	A □ 免許証 □ 個人番号カード （　　） B □ 資格確認書 キャッシュカード （　　） （　　）	□ 自宅郵送 (旧住所･新住所) □ 総合センター受取 □ 支所受取 □ 交付済
	□法定代理人 □任意代理人	（ 戸 ･登･ ） □ 委任状			

R７.12.2～