

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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 高松市
	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 本人		A <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード ()	A <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード ()	<input type="checkbox"/> 自宅郵送 (旧住所・新住所) <input type="checkbox"/> 総合センター受取 <input type="checkbox"/> 支所受取 <input type="checkbox"/> 交付済
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人	(戸・登・) <input type="checkbox"/> 委任状	B <input type="checkbox"/> 保険証 資格確認書 () ()	B <input type="checkbox"/> 保険証 資格確認書 () ()	