

第3号様式（第6条関係）

重度障がい者医療費福祉医療証再交付申請書

年 月 日

逗子市長

住所  
申請者 氏名 ⑨  
電話 ( )

次のとおり申請します。

受給者	ふりがな				生年月日		年 月 日	
	氏 名				個人番号			
加入 医療 保険	被保険者氏名				受給者 との続柄	住所		
	保 険 種 別				被保険者証 の記号番号			付加給付金 等の有無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					所在地		

(注) この申請書を提出するときは、被保険者証を提示してください。