

ひとり親家庭等医療費助成受給資格証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

〈父、 母、 申請者 扶養者〉	氏名	フリガナ カナザワ ハナコ 金沢 花子
	生年月日	S 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	〒 920-0000 金沢市広坂〇丁目〇番〇号 TEL (076) 220-2233

〇をつけてください。

紛失
受給資格証を破損したので再交付を申請します。

※再交付が必要な方すべての受給資格番号・受給者氏名・生年月日を記入してください。

受給資格証番号	xxxxxxx	xxxxx	再交付が必要な方は全員の受給資格証番号、受給者氏名、生年月日を記入ください。
ふりがな 受給者氏名	かなざわ はなこ 金沢 花子	か 金沢	
生年月日	S〇〇年〇〇月〇〇日	H〇〇年〇〇月〇〇日	
加入 健康 保険	被保険者氏名	広坂 〇子	申請者との 続柄 本人
	保険種類	国保・協健・組合・日雇・船員・共済	
	記号・番号	xxx・xxxx	
	保険者の名称	金沢市	保険証のコピーがあれば、この欄は記入しなくてもいいです。
	保険者番号	xxxxxxx	

※ 処理欄 受給資格証の送付は 要(未交付) ・ 不要(交付済)

どちらかに必ず〇をつけてください。