

伺	適法と認められるので処理してよいか伺います。		
	平成 年 月 日		
決 裁	課長	班長	課員

処 理 確 認		
事項	台帳の整理	再交付
月日		
取扱者		

**再 交 付**

**老人保健医療受給者証再交付申請書**

受給資格者	氏名	性別	生 年 月 日	受給者証番号
		男 ・ 女	明治 大正 年 月 日 昭和	
住所	福島県田村郡小野町大字 字 番地			
世帯主(被保険者組合員)の氏名		加入医療保険	名称	
			記号番号	
再交付申請の理由 忘失 ・ 破損 のため				
上記のとおり申請します。				
平成 年 月 日				
住所 小野町大字 字 番地				
申請者 氏名 ⑩				
電話 ー				
小野町長様				