

様式第10号(第12条関係)

老人医療費受給権者証票再交付申請書

年 月 日

(宛先) 富山市長

申請者 住所
氏名
連絡先(TEL) —

一部負担金助成該当者証
重度心身障害者等医療費受給資格証
の再交付を申請します。

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--------|
| 該当者番号 受給資格番号 (フリガナ) | ※ | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | 年 月 日生 |
| 住所 | | | | | | | | |
| 医療保険の加入状況 | 被保険者等の氏名 | | | | | | | |
| | 被保険者証等の記号・番号 | | | | | | | |
| | 被保険者等の続柄 | | | | | | | |
| | 保険者の名称 (保険者番号) | | | | | | | |

注1 該当する受給権者証票を○で囲んでください。
2 ※は市で記入します。