

# 心身医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

住 所 加賀市

氏 名 ⑩

代理人の場合（受給者との関係）

加賀市長 あて

心身医療費受給者証の再交付（紛失・破損・その他）を受けたく、  
申請します。

住 所	
氏 名	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
医療保険証 の保険者及 び記号番号	保険者名 _____ 記号・番号 _____