

福祉医療費受給資格者証再交付申請書

○年 ○月 ○日

群馬県沼田市長

住 所 **沼田市下之町888番地**

氏 名 **沼田 太郎**

電 話 番 号

再交付理由について、
いずれかにマルをつ
けてください。

福祉医療費受給資格者証を破損したため、再交付してください。

世帯主氏名	沼田 太郎			
住 所	沼田市 下之 町 888 番地			
受給資格者	氏名	男・女	生年月日	続柄
	沼田 花子	女	令和○年○月○日	子
社会保険名称	沼田市国民健康保険			
備 考	080-1234-5678			

再交付したい人の氏名、性別、生年月日、続柄を記入してください。

加入している医療保険の名称を記入してください。

連絡のつきやすい電話番号を記入してください。