

公費番号	受付	係
受給者番号		

☐ 福祉医療受給資格取得申請書 宝塚市東洋町1番1号

☒ 受給者証の交付申請書

(あて先 宝塚市福祉医療係) 申請者欄に、申請者の氏名・電話番号・住所を記入してください。

記入をした日付

年 月 日

氏名: 受給者との関係()
TEL: 〒 -
[]職権処理 住所: □受給者住所と同じ

変更事由	☐ ①下記④部の変更 登録内容の変更箇所を朱書訂正してください。 ☐ ②その他の変更 ⇒()	証の修正 ☐ 手書き修正済 ☐ 新証送付希望
再交付の事由にチェックを入れてください。	☐ 死亡 ☐ 転居 () 年 月 日 / /	証回収日 / □ 未回収

再交付事由	☐ 紛失 ☐ 棄損 ☐ 汚損 ☐ その他 ()
-------	--

□ 住記上の変更	本人	カナ 氏名	生年 月日	.	.
		住所			
	扶養者	カナ 氏名	生年 月日	.	.
		住所			
	・配偶者	カナ 氏名	月日	.	
	・扶養者の配偶者	住所	□受給者住所と同じ		

再交付を希望される受給者の、氏名・フリガナ・生年月日・住所をご記入ください。

【郵送での申請方法について】

上記の枠内の項目にもれなく記入をしてください。

必ず再交付を希望される方の氏名が記載された「健康保険のわかるもの(健康保険被保険者証・資格確認書・資格確認のお知らせ等)」のコピーを添付し、

以下のあて先に郵送してください。

受給者証は、申請書類到着後一週間ほど受給者のご住所あてに送付します。

〒665-8665 宝塚市東洋町1番1号

宝塚市役所 医療助成課 福祉医療係