

高齢者医療費受給資格者証再交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

（宛先）高崎市長

申請者 住所 高崎市高松町35番地1

氏名 高崎 春男

電話番号 027 ( 321 ) 1237

来庁者 住所

氏名

電話番号 ( )

受給資格者との関係： \_\_\_\_\_

受給資格者証を（ 紛失 ）したので、再交付を申請します。

受給資格者番号			
受給資格者氏名	高崎 春男	生年月日	昭和○○年○月○○ 日

上記のとおり処理してよいか伺います。

高 ・ 倉 ・ 箕 ・ 群 ・ 新 ・ 榛 ・ 吉

受付	担当