

高齢者医療証再交付申請書

令和 年 月 日

日の出町長 殿

申請者 住所  
氏名 続柄( )  
電話番号 ( )

下記のとおり申請します。

対象者	医療証番号							
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名			性別	男	・	女	
	住所	〒 東京都西多摩郡日の出町						

申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他( )

注 破損・汚損したときは、高齢者医療証を添付してください。