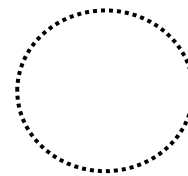


決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当者	再交付年月日
					年 月 日



受付印

国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

被保険者 記号・番号	城 ー	
認定を受けている 被保険者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
認定を受けている 被保険者の疾病名		
申請理由	その他(紛失 破損 汚損)	

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

京都府城陽市長 様

年 月 日

住所 城陽市

世帯主

(TEL ー)