

令和 年 月 日

木更津市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

被保険者番号 06-

再 交 付 申 請 書

次のとおり再交付申請いたします。

◆再交付するもの
(いずれかに○)

医療費のお知らせ

・ ジェネリックのお知らせ

◆必要な方の氏名

(生年月日 年 月 日)

(生年月日 年 月 日)

(生年月日 年 月 日)

(生年月日 年 月 日)

(生年月日 年 月 日)

◆対象診療月

年 月から

年 月まで

本人確認	確認	受付
運転免許証・パスポート・マイナンバーカード 在留カード・その他 ()		