[별지 제6호서식]<개정 1999.10.2>

(앞 쪽)

의료보장증재발급신청서					처리기간
					10일
신 청 인	성명		주민등록번호		
	주소	(전화 :)			
세 대 주 성 명			주민등록번호		
재 발 급 신청사유	(분실, 훼손등 신청사유를 6하원칙에 의하여 기재하시기 바랍니다.)				

의료보호법시행규칙 제8조제1항의 규정에 의하여 재발급을 위와 같이 신청합니다.

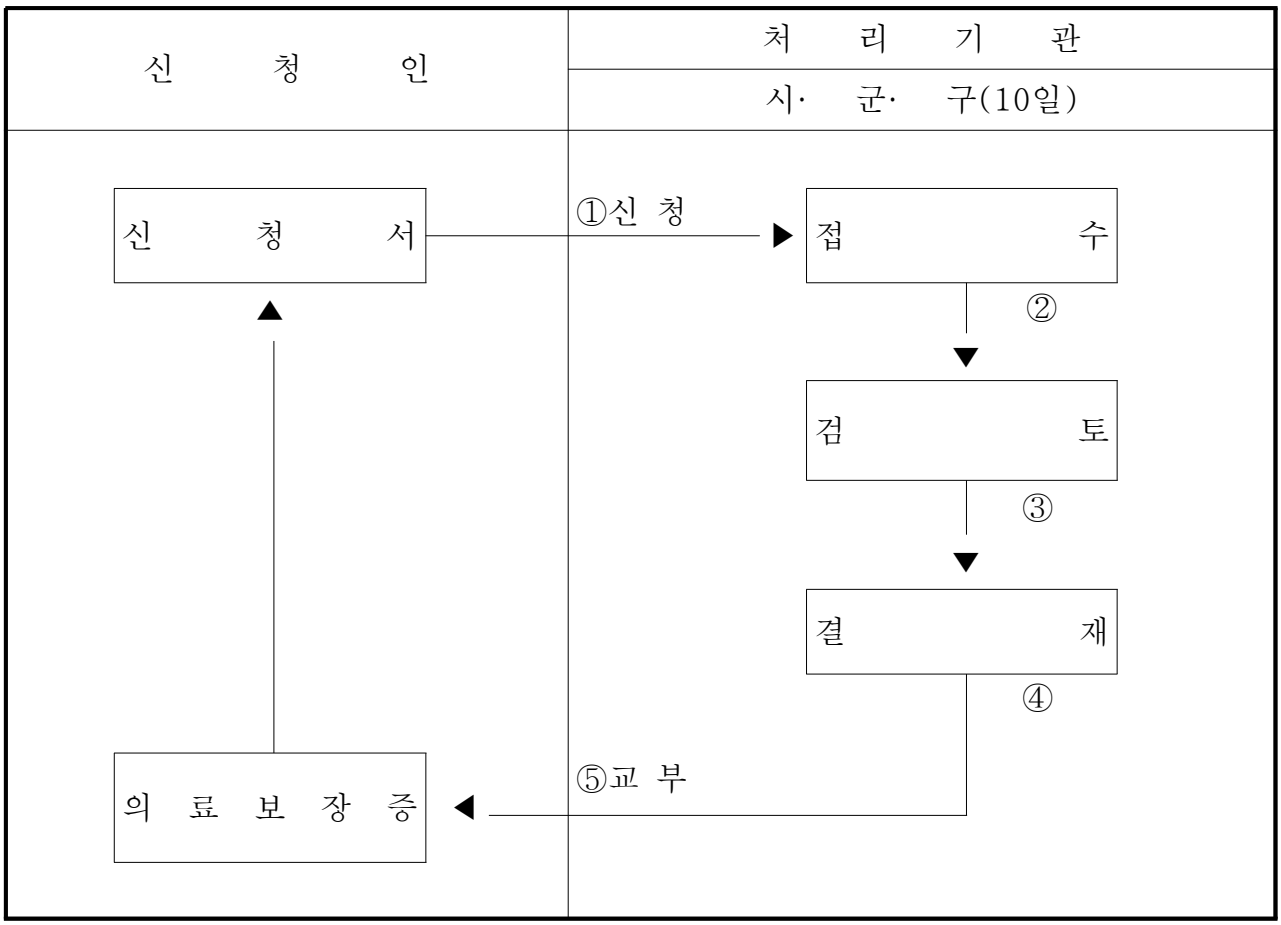
년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

(시장·군수·구청장) 귀하

	수 수 료
※ 구비서류 : 의료보장증(못 쓰게 된 경우에 한합니다)	없 음

31312-02711 민 210㎜×297㎜

97.6.10 승인 (일반용지 60g/㎡)

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다. (뒷 쪽)