

# 記入例

第3号様式(第7条)

## 子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和●●年●●月●●日

習志野市長 宛て

子ども医療費助成受給券の受給者番号(7桁)をご記入ください。  
不明な場合は、記入不要です。

申請者 (保護者)	住所	習志野市鷺沼1-1-1
	氏名	習志野 太郎 (子どもとの続柄: 父)
	電話	047-451-1151

次のとおり、子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
子ども	フリガナ氏名	ナラシ / ジロウ 習志野 二郎			生年月日	平成・令和 元年5月1日	
	住所	習志野市鷺沼1-1-1			保険者の名称をご記入ください。 (例)〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇共済組合等		
加入医療保険	保険者名称	習志野市					
	保険者番号	120162					
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他					
	被保険者名	習志野 太郎					
	記号番号	記号	16		番号	12345678	
資格取得年月日	平成・令和 元年 5月 1日						
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 ① 紛失 2 汚損 3 その他( )						
備考							