

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

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	
	電話	— —

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							
子ども	フリガナ氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日			
	住所 (申請者と同じ場合は、記入不要)						
加入医療保険	保険者名称						
	保険者番号						
	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 (申請者と同じ場合は、記入不要)						
	記号番号	記号		番号			
	資格取得年月日	平成・令和 年 月 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							