

## 子ども医療費助成受給券再交付申請書

平成 年 月 日

習志野市長 宛て

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| 申請者<br>(保護者) | 住所 |             |
|              | 氏名 | (子どもとの続柄: ) |
|              | 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<br>氏名                                   |      |      |        | 生年<br>月日 | 平成 年 月 日 |
|         | 住所   |      |      |        |          |          |
| 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  |      |      |        |          |          |
|         | 記号番号   | 記号   |      |        | 番号       |          |
| 資格取得年月日 | 平成 年 月 日                                     |      |      |        |          |          |
| 再交付の理由  | 該当する項目に○をしてください。<br>1 紛失<br>2 汚損<br>3 その他( ) |      |      |        |          |          |
| 備考      |  |      |      |        |          |          |