

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	(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	フリガナ氏名				生年月日	平成・令和 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・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						