

## 子ども医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

日出町長 様

申請者 (保護者)	住所	日出町	電話	—	—
	氏名	(子どもとの続柄) 印			

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

### 記

受給者番号				
子ども	ふりがな		男 ・ 女	生年月日
	氏名			平成 年 月 日
	住所			
医療 保 険	取得年月日	年 月 日		
	保険種別	協 会 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国		
	被保険者証の記号・番号			
	被保険者名又は世帯主の氏名			
	保険者名・保険者番号			
附加給付	有 ・ 無			
再交付の理由	該当する番号に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ( )			
備考				