

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(宛先)行田市長

次のとおり、子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

申請者

受給資格者 氏名	フリガナ	生年月日	年	月	日
個人番号		子どもとの 続柄	父・母・その他()		
住所					
電話番号	自宅 ・ 携帯				

対象となる子ども

1	受給資格証番号	フリガナ			
		氏名			
	個人番号	生年月日			
		年		月	日
2	受給資格証番号	フリガナ			
		氏名			
	個人番号	生年月日			
		年		月	日
3	受給資格証番号	フリガナ			
		氏名			
	個人番号	生年月日			
		年		月	日

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 破損(2) <input type="checkbox"/> 紛失(3) <input type="checkbox"/> その他(9)()
--------	--

確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証(登録保険と異なる場合、変更届が必要) <input type="checkbox"/> その他
----	---