

様式第4号（第4条関係）

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日
-------

（宛先）えびの市長

申 請 者 （ 保 護 者 ）	住 所	
	氏 名	印 (子どもとの続柄)

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格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  年 月 日
	氏 名		
	住 所		
医 療 保 険	保 險 種 別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組	
	被 保 険 者 証 等 の 記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 名		
	附 加 給 付	有 ・ 無	
再 交 付 の 理 由		<p>※該当する番号に○をつけてください。</p> <p>1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ( )</p>	
備  考			