

(様式第 4 号)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年	月	日
---	---	---

綾町長 様

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	印 (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				
対象者	ふりがな		男・女	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			
医療保険	保険種別	政 ・ 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	※該当する番号に○をつけてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()			
備考				