

様式第 7 号（第 9 条関係）

こども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

廿日市市長 様

申請者 住 所 廿日市市
(保護者)
氏 名

次の理由により、こども医療費受給者証の再交付を申請します。

再交付する理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他（ ）		
受 給 者 番 号				
受 給 者 氏 名			生年 月 日	年 月 日
加入 医療 保険	被 保 険 者 氏 名			
	被保険者証 の記号・番号		資格取得日	年 月 日
	保険者の名称	☐ 全国健康保険協会 ☐ _____共済組合 ☐ _____健康保険組合 ☐ 廿日市市国民健康保険 ☐ _____		
備 考				

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とする。