

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）富士市長

申請者 住 所
ふりがな
氏 名

次のとおり子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

		受給者番号			
こども	ふりがな				性 別
	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	年 月 日			
保護者	住 所			電 話	
	ふりがな			こども との続柄	
加 入 医療保険	被保険者証	記号			番号
	保険者名			保険者番号	
再交付申請 の理由	1 紛失 2 汚損 3 その他 （ ）				

（注）この申請書を提出するときは、健康保険被保険者証を提示してください。