

子ども医療費受給者証再交付申請書

〇年 〇月 〇日

(あて先) 富士市長

申請者 住所 富士市永田町1-100
〇〇アパート101号
ふりがな ふじ たろう
氏名 富士 太郎

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	030XXXX		
子ども	ふりがな	ふじ いちろう			性別	
	氏名	富士 一郎			男・女	
	生年月日	〇年 〇月 〇日				
保護者	住所	富士市永田町1-100 〇〇アパート101号		電話	090-1234-1111	
	ふりがな	ふじ たろう		子どもの続柄	父	
加入 医療保険	被保険者証	記号	△△		番号	XXX
	保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号	06XXXXXXXX	
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。