

子ども医療費受給者証再交付申請書

福井市長 あて

平成 年 月 日

受給者 住 所 _____
(保護者)

ふりがな
氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

子ども医療費受給者証を 紛失 したので再交付を申請します。
破損・汚損

子ども	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	対象者番号					
			平成 年 月 日	3				
申請理由								
組合員証等 被保険者証	別添のとおり							

(注) ①被保険者証等を添えて提出してください。

②破損・汚損の場合は、子ども医療費受給者証を添えて提出してください。

本人確認	運転免許証・保険証・在留カード・ ()
------	-------------------------

受付		発行		最終 確認	
----	--	----	--	----------	--