

子ども医療費受給者証再交付申請書

福井市長 あて

令和 年 月 日

受給者 住 所 _____
(保護者)
ふりがな
氏 名 _____
電話番号 _____

子ども医療費受給者証を 紛失 破損・汚損 したので再交付を申請します。

子ども	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	対象者番号				
			年 月 日	3			
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他特記事項						
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	
----	--	----	--	----------	--