様式第８号(第７条関係)

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　　　　　　　　　　　　　（父・母・　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | □　紛失□　破損□　汚損□　その他特記事項 |
| 被保険者証組合員証等 | **□ 別添のとおり （保険情報の分かるものを添付してください）****□ マイナ保険証の登録済 （保険証等の添付は不要です）** |

(注)　①社会保険各法における加入保険情報の分かるもの（公簿等で確認できる場合は不要）

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・在留カード・（） |  | 受付 |  | 発行 |  | 最終確認 |  |