

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 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						
		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	
------	---------------------	----	--	----	--	------	--