

こども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

草加市長 あて

住 所 草加市.....

届出人 氏 名

電話・FAX

こども医療費受給者証を 破 損 汚 損 紛 失 したので、次のとおり再交付を申請します。

受給者	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）		
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）		
こども	フリガナ氏名	生年月日	平成 令和 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）		
加入医療保険	記号・番号	記号	番号	
	保険者番号		
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		

添付するもの：こどもの健康保険証の写し

こども医療費受給者証再交付申請書

令和 5年 8月 1日

草加市長 あて

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

電話・FAX 090-000-0000

破 損
こども医療費受給者証を汚 損 したので、次のとおり再交付を申請します。
紛 失

受給者	フリガナ氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）							
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）							
こども	フリガナ氏名	ソウカ ハナコ 草加 花子	生年月日	平成 令和 2年 4月 2日					
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）							
加入医療保険	記号・番号	記号	0 1 2	番号	3 4 5 6				
	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	保険者名称	草加高砂			<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合				

添付するもの：こどもの健康保険証の写し

再交付申請書を郵送する際は、必ず対象のお子様の健康保険証の写しを同封してください。
健康保険証が確認できない場合は、再発行できません。ご注意ください。