

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

**必ず連絡の取れる
電話番号を記入して
ください。**

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

送付する際、こどもの健康保険証の写しを添付してください。