

### こども医療費受給者証再交付申請書

令和 2年 7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

必ず連絡の取れる  
電話番号を記入して  
ください。

電話・FAX 048-000-0000

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 29年 1月 1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 012	番号	3456					
	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

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。