

第 3 号様式(第 5 条関係)

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 宛て

住所草加市_____

申請人 氏名_____

電話・FAX_____

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	☐ 申請人と同じ(記入不要)			
	住所	☐ 申請人と同じ(記入不要)			
こども	フリガナ		生年月日	平成 令和 年 月 日	
	氏名				
	住所	☐ 申請人と同じ(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	☐ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組 ☐ 共済組合			