子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 6年 12月 2日

草加市長 宛て

住所草加市 高砂1-1-1

申請人 氏名 草加 太郎

必ず日中連絡を取ることができる
電話番号を記入してください。

電話・FAX 090-0000-0000

破損

子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)						
子ども	住所	☒ 申請人と同じ(記入不要)						
	フリガナ	ソウカ ハナコ	生年月日	平成				
氏名	草加 花子	令和		2年 4月 2日				
加入医療保険	住所	☒ 申請人と同じ(記入不要)						
	記号番号	記号	012	番号	3456			
	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7
	保険者名称	草加高砂			☒ 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			

再交付申請書を郵送する際は、必ず対象のお子様の医療資格情報が分かる書類の写しを同封してください。
医療資格情報が分かる書類を確認できない場合は、再発行することができません。ご注意ください。