

富津市子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

富津市長 様

|              |     |            |
|--------------|-----|------------|
| 申請者<br>(保護者) | 住 所 | 〒 —        |
|              | 電 話 | — —        |
|              | 氏 名 | (子どもとの続柄 ) |

下記の子どものに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

記

|                            |                                                  |                             |  |  |  |            |       |
|----------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|--|--|--|------------|-------|
| 住 所                        |                                                  | 〒 —                         |  |  |  |            |       |
| 子<br>ど<br>も                | 受給者番号                                            |                             |  |  |  |            |       |
|                            | フリガナ                                             |                             |  |  |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                            | 氏 名                                              |                             |  |  |  |            |       |
|                            | 受給者番号                                            |                             |  |  |  |            |       |
|                            | フリガナ                                             |                             |  |  |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                            | 氏 名                                              |                             |  |  |  |            |       |
|                            | 受給者番号                                            |                             |  |  |  |            |       |
|                            | フリガナ                                             |                             |  |  |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |
|                            | 氏 名                                              |                             |  |  |  |            |       |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 保 險 者 名                                          |                             |  |  |  |            |       |
|                            | 保 險 者 番 号                                        |                             |  |  |  |            |       |
|                            | 保 險 種 別                                          | 1 社保 2 共済 3 国保 4 国保組合 5 その他 |  |  |  |            |       |
|                            | 被 保 険 者 名                                        |                             |  |  |  |            |       |
|                            | 記 号 番 号                                          | 記号                          |  |  |  | 番<br>号     |       |
|                            | 資 格 取 得 年 月 日                                    | 年 月 日                       |  |  |  |            |       |
| 再 交 付 の 理 由                | 該当する項目に○をしてください。<br>1 紛失<br>2 汚損・破損<br>3 その他 ( ) |                             |  |  |  |            |       |
| 備 考                        |                                                  |                             |  |  |  |            |       |

注 受給券の汚損又は破損の場合は、その受給券を必ず添付してください。