

主管課長	係長	担当	課 員

こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

五ヶ瀬町長 様

申請者住所 五ヶ瀬町大字 三ヶ所 桑野内 番地
鞍 岡

ふりがな
(保護者) 氏 名
続 柄 ()
電 話 ()

下記の乳幼児に係るこども医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

対 象 者	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	三ヶ所 五ヶ瀬町大字 桑野内 番地 鞍 岡	
	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	
医 療 保 険	保険種別	協会 ・ 組合健保 ・ 共済組合 ・ 国保	
	保険者名	全国健康 保険協会()支部・ 五ヶ瀬町 ・ その他()	
	保険証記号番号		
	被保険者氏名		
	附加給付	有 ・ 無 金額 円	
再交付の理由		※該当する番号に○をつけてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()	
備 考			