

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

島田市長

住 所

申請者 氏 名

受診者との続柄()

電話番号()-()-()

次のとおり、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

| | | |
|-------|------------------------|-------|
| 受 診 者 | ふ り が な | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 申請の理由 | 1. 紛失 2. 破損 3. その他 () | |

(注)

- 1 受診者の加入する医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを確認することができる書類の写しを添付してください。
- 2 添付書類に被保険者等の氏名及び資格開始日の記載がない場合は、こちらに記入してください。

| | | | |
|---------------|--|-----------|-------|
| 被保険者等の 氏 名 | | 資 格 開 始 日 | 年 月 日 |
|---------------|--|-----------|-------|