※ 太枠内を記入してください。

こども医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

海 田 町 長　様

住 所　海田町
届出者
氏 名

こども医療費受給者証を　棄損／亡失　したので再交付を申請します。

こども	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	海田町		
加入保険	☐ 添付のとおり **※記入不要** ☐ 不明			
	記号・番号			
	被保険者氏名	こどもとの続柄（　　）		
	保険者名（発行機関名　　）			

※ 以下は記入しないでください。

受付年月日	年　月　日	受給資格	有　・　無
再発行年月日	年　月　日	受給者番号	
有効期間	年　月　日　～　年　月　日		