

資格証 令和 年 月 日 交付・送付

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

和光市長 あて

子ども医療費受給資格証を（破損・紛失）したので、再交付を申請します。

申請者氏名
(受給資格者) _____

受給資格者	ふりがな		子どもとの関係	生年月日		
	氏名		父・母	昭和 平成	年 月 日	日生
	住所	和光市				
加入 保険	記号		番号		保険者 番号	
	健康保険 組合名称	国民健康保険・国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・全国健康保険協会				支部
子ども	ふりがな		生年月日	平成・令和 年 月 日		
	氏名		資格証番号	□	□	□
子ども	ふりがな		生年月日	平成・令和 年 月 日		
	氏名		資格証番号	□	□	□
子ども	ふりがな		生年月日	平成・令和 年 月 日		
	氏名		資格証番号	□	□	□

備考 再交付の対象となる子どもの保険証の写しを添付してください。