

様式第4号（第6条関係）

資格証 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 様

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	年 月 日生
	住所	和光市		
加入保険	記号		番号	保険者番号
	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	年 月 日生
	氏名		資格証番号	
子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		資格証番号	
子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	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。