

## 記入例

## 八街市子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

八街市長 北村 新司 様

〒289-1115

申請者は、当該子どもの保護者となります。

住所 八街市八街ほ〇〇番地〇〇

申請者 氏名 千葉 一郎

電話番号 043-〇〇〇-〇〇〇〇

八街市子ども医療費の助成に関する規則第8条第4項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

## 記

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	
子ども	フリガナ	チバ ハナコ						
	氏名	千葉 花子						
	住所	〒289-1115 八街市八街ほ〇〇番地〇〇						
	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和						
加入健康保険	保険者名称	〇〇健康保険組合						
	保険者番号	12345678						
	保険種別	① 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他						
	被保険者名	千葉 一郎						
	記号番号	記号	〇〇〇			番号	〇〇〇〇	
	資格取得年月日	平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日						
再交付の理由	該当する項目に○印をしてください。 ① 紛失 2 汚損・き損 3 その他 ( )							
備考								

※ 汚損・き損の場合は、受給券を持参してください。