

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。
押印は忘れずをお願いします。

住所 八街市八街ほ〇〇番地〇〇
申請者 氏名 千葉 一郎 印
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	該当する項目に〇印をしてください。 1. 紛失 2. 汚損・き損 3. その他 ()							
備考								

※持参するもの

印鑑、子どもの健康保険証

汚損・き損の場合は、受給券も持参してください。