

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

南房総市長 宛

申請者（保護者）
 住所 南房総市谷向100番地
 氏名 北 春子 北印
 電話 0 470-36-1153

子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

受給者番号		8 0 0 0 0 0 0			
子ども	ふりがな	みなみ はなこ			
	氏名	南 花子			
	住所	南房総市富浦町青木 28 番地			
	生年月日	平成20年3月3日			
加入医療保険	保険者名	南房総市			
	保険者番号	1 2 0 4 3 6			
	保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他 ※共済組合は、その他です。			
	被保険者名	南 花子 ※国保は子ども、それ以外は被扶養者（加入する予定の保護者名）の名前を記入してください。			
	記号番号	記号	4 3	番号	7 0 0 0 0 0 0
	資格取得年月日	平成20年3月3日 ※子どもの取得日を記入してください。			
再交付の理由	該当する項目に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()				
南房総市使用欄					
【添付書類等確認欄】					
<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険証の写し					