

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 様

申請者（保護者）

住 所 南房総市**岩糸2489番地**

氏 名 **北 春子**

電 話 **0470-36-1153**

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		8000000		
子ども	ふりがな	きた はなこ		
	氏 名	北 花子		
	住 所	南房総市富浦町青木28番地		
	生年月日	○年○月○日		
加入医療保険	保険者名	南房総市		
	保険者番号	120436		
	保険種別	1 社保 <input checked="" type="radio"/> 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	北 花子 ※南房総市発行の国保の場合は子ども、それ以外は扶養者（加入している保護者）の名前を記入してください。		
	記号番号	記号	43	番号
	資格取得年月日	○年 ○月 ○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。 <input checked="" type="radio"/> 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"/> 子どもの医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類				