

第5号様式 (第3条関係)

子ども医療費助成受給券再交付申請書

令和 年 月 日

南房総市長 宛

申請者 (保護者)

住所

氏 名

電話 — —

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					
子ども	ふりがな				
	氏名				
	住所				
	生年月日	年	月	日	
加入医療 保険	保険者名				
	保険者番号				
	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			
	被保険者名				
	記号番号	記号		番号	
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】					
☐ 汚損・破損した受給券					