

こども医療費受給資格証再交付申請書

令和 ○○年 8月 1日

(宛先) 上尾市長

受付者		処理者	
窓口		郵送	

次の理由により、こども医療費受給資格証の再交付を申請します。

保護者

保護者氏名	上尾 太郎
住所	上尾市 本町3-1-1
電話番号	(048) 775 - 5111

対象となるこども

	受給者番号	氏名	生年月日
1	5000111	上尾 空	平・令 20 年 7 月 1 日
2	5000122	上尾 陸	平・令 22 年 5 月 5 日
3			平・令 年 月 日
4			平・令 年 月 日

再交付を希望される児童の情報をご記入ください。

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 損傷 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証（登録保険と異なる場合、変更届が必要） <input type="checkbox"/> その他
----	---