

最終確認				
	受付日		交付日	

こども医療費受給資格証再交付申請書

受給資格者	住所	新座市 野火止一丁目1番1号 メゾンシャクシヨ101		
	氏名	新座 市郎		
こども	加入医療保険	保険証名称	新座市 健保/国保/共済/全国健康保険協会	
		記号	埼新	
		番号	1234567	
	氏名	新座 花子 新座 太郎	生年 月日	H〇〇年 〇月 〇日 R 〇年 〇月 〇日
破損 こども医療費受給資格証を したので、再交付 紛失		再交付が必要なお子様が2名以上いらっしゃる場合は並べてご記入ください。		
R〇年 〇月 〇日		同じ場合は✓してください。 別住所の場合は下に記入してください。		
届出人 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ		携帯電話可		
電話 048-〇〇〇-〇〇〇〇				
氏名 新座 市郎				
(提出先) 新座市長				

受付者