

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

提出日

○年○月○日

嬉野市長 様

申請者 (保護者)	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲 1769番地
	氏名	嬉野 太郎 ㊟ (※記名押印に代えて署名可) (受給者との続柄 父)

次の受給者に係る子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給者番号			
受給者	ふりがな	うれしのはなこ	
	氏名	嬉野 花子	男・女 生年月日 令和○年○月○日
	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地	
医療保険	保険種別	協・組・船・共・国	
	被保険者証等の記号・番号	1234	56789
	保険者名	全国保険協会佐賀支部	
付加給付	有・無		
再交付の理由	※ 該当する番号に○を付けてください。 ① 紛失 ② 汚損・破損 ③ その他()		
備考			