

受給資格証交付 済 ・ 未

## 子ども医療費受給資格証再交付申請書

受給者番号	
受給者番号	
受給者番号	

提出される日を記入してください。

令和〇〇年〇月〇日

（宛先）富士見市長

どちらかに〇をしてください。

子ども医療費受給資格証を **破損** したので、再交付を申請します。  
紛失

（受給申請者）	氏名	富士見 太郎	生年月日	昭和 平成	〇年〇月〇日
	住所	富士見市 大字鶴馬1800-1		子どもとの続柄	父
対象となる子ども	氏名	富士見 あゆみ	生年月日	平成 令和	〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ <input type="checkbox"/> 再交付が必要な方のみ記入してください。 受給資格者と住所が同じでしたらし点☑を記入してください。			
対象となる子ども	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ			
対象となる子ども	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更なし				
	保険者名	埼玉健康保険組合	記号番号	Fさ 2675	43876
	保険者番号	110353	被保険者等の氏名	富士見 太郎 子どもとの続柄（父）	