

様式第8号(第10条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書				
受 給 者	受給者番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			続柄
	加入保険	国保・社保等(協会けんぽ・組合・船員・共済・国保組合等)		
	記号番号			
	保険者名			
子 ど も	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>子ども医療費受給者証を</p> <p>年 月 日</p> <p>石巻市長 殿</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>破 損 亡 失</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>したので再交付願いたく申請します。</p> <p>住 所 石巻市</p> <p>受給者 氏 名 ㊟</p> <p>電話番号</p> </div> </div>				