

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(健保・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: 45%;"> <p>子ども医療費助成受給者証を</p> <p style="text-align: right;">破 損</p> <p style="text-align: right;">亡 失</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>石巻市長(あて)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: right;">住 所 石巻市</p> <p style="text-align: right;">受給者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号</p> </div> </div>					