

子ども医療費受給者証再交付申請書

記入例

受給者	受給者番号	受給者証に記載の7桁の番号		
	氏名	受給者(保護者)の氏名	受給者(保護者)の生年月日	
	住所	受給者(保護者)の住所	続柄	父、母等
	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	子どもの保険情報を記入		
	保険者名	子どもの保険情報を記入		
子ども	氏名	子どもの氏名	生年月日	子どもの生年月日
	住所	受給者(保護者)と同じ場合は同上で可		

子ども医療費助成受給者証を **破損** したため再交付願いたく申請します。
 該当するものに○
亡失

記入日 年 月 日

石巻市長(あて)

受給者

住所	石巻市
氏名	受給者(保護者)の 住所・氏名・連絡先
電話番号	