

川越市子ども医療費受給資格証再交付申請書

令和〇年〇月△日

(提出先)
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例施行規則第12条の規定により、次のとおり再交付を申請します。

申請者	住所	川越市元町1-3-1								
	フリガナ	カワゴエ タロウ								
	氏名	川越 太郎								
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、御記入ください 川越市 申請者と住所が同じ場合には、記入は不要です								
	受給者番号	7	7	7	7	7	7			
	フリガナ	カワゴエ トキモ			生年月日					
	氏名	川越 ときも			令和〇年〇月△日					
	加入医療保険	名称	川越市					健康保険組合・共済組合・ 国民健康保険組合		
		保険者番号			1	1	0	0	1	5
		被保険者番号	〇〇〇・△△△							
世帯主・被保険者・組合員・加入者		フリガナ	カワゴエ タロウ							
	氏名	川越 太郎								
申請理由	破損・ 亡失									

※職員記入欄※

【受給資格証交付】

(市民課・各市民センター・川越駅西口連絡所職員記入欄)

済
未

【子ども政策課記入欄】

受給者番号 NO.

登録年月日 年 月 日