

川越市子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 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						
	フリガナ	電話番号						
	氏名							
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						
	受給者番号							
	フリガナ					生年月日		
	氏名					年 月 日		
	加入医療保険	名称	健康保険組合・共済組合・ 国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部					
		保険者番号						
		被保険者 記号・番号	.					
		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者	フリガナ					
		氏名						
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