様式第10号(第16条第2項関係)

# 子ども医療費助成受給券等再交付申請書

年　　月　　日

銚子市長　様

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者<br>(保護者) | 住　所 | 〒 | | |
| | フリガナ | | 子どもとの続柄 | 電話番号 |
| | 氏　名 | | | |

次の子どもに係る子ども医療費助成受給券の再交付を申請します。

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| 子ども | 住　所 | (保護者と異なる場合のみ記入)<br>〒 | | | | | | |
| | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | | |
| | 氏　名 | | 男・女 | 年　月　日 | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | | 保険者番号 | | | | | |
| | 保険種別 | 1 社保　2 国保　3 国保組合　4 その他 | | | | | | |
| | 被保険者名 | | 資格取得年月日 | | | | | |
| | 記　号 | | 番　号 | | | | | |
| 再交付の理由 | | 該当する項目に○をしてください。<br>1　紛失・焼失<br>2　損傷・汚損<br>3　その他（　　） | | | | | | |
| 備　考 | | | | | | | | |