

## 子ども医療費受給資格証再交付申請書

受給者番号				<b>*個人番号*</b> <small>番号がわかる方は 記入願います。</small>				
受給資格者氏名				加 入 保 険	被保険者 (組合員) 氏名			
子 ど も	氏名		保険証 記号番号					
	生年月日		平成 年 月 日		保険者名			
					附加給付 の有・無			
				有 ・ 無				

有田川町長 様

有田川町子ども医療費受給資格証を  破損  亡失 したので受給資格証の再交付を  
申請します。

令和 年 月 日

---

受給資格者

住所 有田川町大字

---

氏名

---

電話番号

---

受領日 令和 年 月 日

---

受領者氏名

---

生年月日 S・H 年 月 日

---

(別世帯の方のみ記入必須)
受給者資格者との関係(続柄)
住所
電話番号