

## 乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

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

有田川町長 様

有田川町乳幼児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)

受給資格者との関係(続柄)

---

住所

---

電話番号

---

職員確認欄	本人確認	免・パ・個力・身・保・介・年手・年証・他 ( )
-------	------	--------------------------