

こども医療費受給資格証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上尾市長

受付者		処理者	
窓口		郵送	

次の理由により、こども医療費受給資格証の再交付を申請します。

保護者

保護者氏名	
住 所	上尾市
電 話 番 号	() -

対象となるこども

受 給 者 番 号		氏 名	生 年 月 日
1			平・令 年 月 日
2			平・令 年 月 日
3			平・令 年 月 日
4			平・令 年 月 日

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 損 傷 <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
--------	--

確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証（登録保険と異なる場合、変更届が必要） <input type="checkbox"/> その他
----	---