

様式第3 その1(第6条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

ご記入いただいた日

令和 ×年 ○月 ×日

(あて先)小牧市長

ご住所・お名前・電話番号を  
記入してください。

申請者 住所 小牧市堀の内○丁目×番地

(受給者)氏名 小牧 太郎

電話 (80) 9000 番

「子ども」欄の住所以下を記入してください。  
「加入医療保険」についてはお手元に資格確認書(資格情報のお知らせ)等をご用意の上記入してください(申請時は写しを添付してください)。  
ただし紛失された場合など、不明の場合は空欄(写し添付省略)でも結構です。

子ども	フリガナ	コマキ ジロウ			
	氏名	小牧 次郎			
	生年月日	平成22年 ○月 ×日			
	個人番号	××××××××××××			
加入医療保険	記号・番号	記号	12	番号	3456
	保険者名 (保険者番号)	○△×健康保険組合 (06××××××)			
理由	① 紛失 2 破損 3 その他 ( )				
再交付年月日	年	月	日	確認	

該当するものを○で囲んでください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

受付