



川越市子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

（提出先）
川 越 市 長

住所
申請者
氏名

次の者に係る子ども医療費受給資格証を（破損・亡失）したので、再交付を申請します。

対象となる子ども	フリガナ		男・女	生 年 月 日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
加入医療保険	フリガナ				
	被保険者氏名				
	保 険 者 番 号		記号・番号		
	保険者の名称				
保護者	氏 名				

受給者番号	
交 付 日	年 月 日