



(記 入 例)

川越市こども医療費受給資格証再交付申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(提 出 先)

川 越 市 長

住所 **川越市元町1-3-1**

申請者

氏名 **小江戸 太郎**

次の者に係るこ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。

対象となるこども	フリガナ	コエド コタロウ	男・女	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	小江戸 小太郎			
	住所	川越市元町1-3-1			
医療保険	フリガナ	コエド タロウ	記号・番号	〇〇〇〇—〇〇〇	
	氏名	小江戸 太郎			
医療保険	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇健康保険組合 (国保組合・共済組合)		
	保険者の名称				
保護者	氏名	小江戸 太郎			

保険証の下のほうにある番号です。
(4桁か6桁か8桁)

保険証の上のほうにある記号と番号の両方を記入してください。

受給者番号	
交付日	年 月 日