

(様式第4号)

## 子ども医療費受給資格者証再交付申請書

令和 年 月 日

玖珠町長 殿

申請者 (保護者)	住所	〒 ー 玖珠郡玖珠町大字 電話 ー ー
	氏名	(こどもとの続柄 )

下記のこどもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

記

こども	ふりがな		男	生年月日
	氏名		女	平成・令和 年 月 日
も	住所	玖珠郡玖珠町大字		
医療 保 険	取得年月日	年 月 日		
	保険種別	協会・組・船・共・国		
	資格確認書等の記号・番号			
	被保険者名又は世帯主の氏名			
	保険者名・保険者番号			
	付加給付	有 ・ 無		
再交付の理由	該当する番号に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他( )			
備考				