

様式第7号

決 裁	課 長	係 長	係	受 付 年 月 日		交 付 年 月 日	

妊 産 婦

医療費受給資格証再交付申請書

こ ども

お子さんの受給資格証番号を記入してください。
不明な場合は、空欄のまま結構です。

資 格 証 番 号	1234567			
受給資格者	保護者 (ふりがな) 氏 名	おやま 太郎 小山 太郎	生 年 月 日	H6、 4、 1
	住 所	小山市中央町1-1-1		
対象者	こども (ふりがな) 氏 名	おやま はなこ 小山 花子	生 年 月 日	R6年 1月 1日
加入保険	被保険者氏名	小山 太郎		
	記号 - 番号	123456 7890		
	保険者番号及び名称	0987654 ABC健康保険組合		

お子さんの保険証をご確認の上、
記入してください。

妊 産 婦
こ ども

医療費受給資格証を

亡 失

破 損

したので再交付願いたく申請します。

年 月 日

住所

同上

申 請 者
(受給資格者)

氏名

小山 太郎

電話

123-4567-8910

小 山 市 長 様