

決 裁	課 長	係 長	係	受 付 年 月 日		交 付 年 月 日	

妊 産 婦
こ ども

医療費受給資格証再交付申請書

資格証番号		●●●●●●●●、●●●●●●●●					
受給資格者	(ふりがな) 氏名	×××× ×××	生年月日	●年●月●日			
	住所	受給資格者はこどもの親(父母)です。 社保:被保険者 国保:父または母			兄弟まとめて記入して問題ありません。		
対象者	(ふりがな) 氏名	×××× ×××	生年月日	●●●●年●●月●●日			
加入保険	被保険者氏名	こどもの保険証のコピーをとって、添付してください。					
	記号 - 番号						
	保険者番号及び名称						
<p>妊 産 婦 医療費受給資格証を 亡 失 したので再交付願いたく申請します。 こ ども 破 損</p>							
年 月 日		住所 氏名 電話	こどもの保護者(父母)の現住所、氏名、電話番号 ※住所は「同上」記載で可				
申請者 (受給資格者)							
小 山 市 長 様							