（様式第4号）（第４条関係）

子ども医療費受給資格証再交付申請書

　　　　年　　月　　日

椎葉村長　殿

住所

申請者

（保護者）氏名　　　　　　　　　印

下記の子どもにかかる子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |
| 乳幼児 | (フリガナ) |  | 男・女 | 生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 椎葉村大字 |
| 医療保険 | 保険種別 | 政・組・日・船・共・国・国組 |
| 被保険者証等の記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 付加給付 | 有・無 |
| 再交付の理由 | 該当する番号に○を付けてください。1　紛失2　汚損・破損3　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |