

受 付	年 月 日	交 付	年 月 日
-----	-------	-----	-------

こども医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格者	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7、9 8 7 6 5 4 3			
	氏 名	坂戸 太郎	生年月日	S 5 0 年 4 月 1 日	
	住 所	坂戸市千代田 1 - 1 - 1	こどもとの続柄	父	
	加入保険	記号番号	坂戸 1 2 3 4 5 6		
		保険者名	〇〇健康保険組合		
こども	氏 名	坂戸 市子	生年月日	R 5 年 1 0 月 1 日	
破 損 記入日 医療費受給資格証を紛失したので再交付願いたく申請します。 令和7年4月1日 坂戸市長 あて 申請者 住 所 坂戸市千代田 1 - 1 - 1 氏 名 坂戸 太郎					