

様式第5号(第5条関係)

						受給者番号				
決 裁			課長	係長	担当	受付	令和	年	月	日
						決裁	令和	年	月	日
						交付	令和	年	月	日

<p>㊦ 子ども医療費受給者証再交付申請書</p>										
受給者	氏名					児童との続柄				
	住所	魚沼市				TEL				
児童氏名						生年月日	平成	年	月	日
加 入 保 険	被保険者氏名									
	記号・番号	—								
	保険者名	(保険者番号)								
<p>子ども医療費受給者証 入院を破損 したので再交付を申請します。 通院 死亡失</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 魚沼市</p> <p>申請者 氏名</p> <p>魚沼市教育委員会 様</p>										

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。