

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	年 月 日
						決裁	年 月 日
						交付	年 月 日

㊦ 子ども医療費受給者証再交付申請書			
受給者	氏 名		児童との続柄
	住 所	TEL	
児 童 氏 名		生年月日	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 style="text-align: center;">             入院 破 損              子ども医療費受給者証 を したので再交付を申請します。              通院 亡 失                年 月 日                住 所              申請者              氏 名                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。