

(様式第4号)

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

中津市長 あて

申請者 (医療保険被保険者 又は世帯主名)	住所	〒 ー 中津市 電話 ー ー
	氏名	(こどもとの続柄)
	個人番号	

下記のこどもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。
なお、子ども医療費受給資格登録のために、こどもの医療保険の資格情報について、市が
公簿等により確認をすることに同意します。

記

受給者番号									
こども	フリガナ					生年月日			
	氏名					年 月 日			
	個人番号								
	住所	中津市							
医療保険	資格取得年月日					年 月 日			
	保険種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国							
	被保険者等の記号・番号								
	被保険者氏名又は世帯主名								
	保険者名								
	保険者番号								
	附加給付	有 ・ 無							
再交付の理由		該当する番号に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 ひとり親医療非該当 4 その他 ()							
備考									