

様式第5号(第5条関係)

交 付 日	
-------	--

受給者番号	
-------	--

決 裁				課長	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	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)		
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 魚沼市 申請者 氏 名 ㊦ 魚沼市教育委員会 様				

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。