

(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 (保護者)	住所	〒 _____ 中津市 電話 _____
	氏名	(子どもとの続柄 _____)

下記の子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。

記

受給者番号							
子 ど も	フリガナ		男 ・ 女	生年月日			
	氏名			年 月 日			
	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					
	被保険者証等の記号・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							