

記入例

様式第5号(第5条関係)

決 裁					担当者	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	佐渡 太郎	子どもとの続柄	父
	住 所	佐渡市△△△△〇〇-〇		
子 ども 氏 名		佐渡 花子	生 年 月 日	R〇〇年〇〇月〇〇日
加 入 保 険	被保険者氏名	佐渡 太郎		
	記 号・番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		
	保 険 者 名	全国健康保険協会 新潟支部		
子ども医療費受給者証を 破損 したので再交付を申請します。 亡失 R〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住 所 佐渡市△△△△〇〇-〇 氏 名 佐渡 太郎 佐渡市長 様				

(注)

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