



こども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

東広島市長 様

申 請 者 住 所  
(受給者証の保護者) 氏 名  
電話番号 ( ) ー

次の理由により、こども医療費受給者証の再交付を申請します。

|                            |                       |                                                                                                                                           |                        |             |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|
| 再 交 付 す る 理 由              |                       | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) |                        |             |
| こ<br>ど<br>も                | こ<br>ふ<br>り<br>が<br>な |                                                                                                                                           | 生年月日                   | 年    月    日 |
|                            | 氏            名        |                                                                                                                                           |                        |             |
|                            | も                     | 住            所                                                                                                                            | 東広島市                   |             |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 被保険者証の<br>記 号 ・ 番 号   |                                                                                                                                           | 認定年月日又は<br>資 格 取 得 日   | 年    月    日 |
|                            | 被保険者氏名                | こどもとの続柄 (                      )                                                                                                          |                        |             |
|                            | 保 険 者 番 号             |                                                                                                                                           | 発行機関名又は<br>保 険 者 の 名 称 |             |

※市記入欄

|                |                                             |  |  |  |  |  |       |                   |
|----------------|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|-------|-------------------|
| 受 給 者 番 号      |                                             |  |  |  |  |  | 発行年月日 | 令和    年    月    日 |
| 有 効 期 間        | 令和    年    月    日    ～    令和    年    月    日 |  |  |  |  |  |       |                   |
| 備            考 |                                             |  |  |  |  |  |       |                   |