

受給資格証交付 済 ・ 未

こども医療費受給資格証再交付申請書

受給者番号	
受給者番号	
受給者番号	

提出される日を記入してください。

平成〇〇年〇月〇日

（あて先）富士見市長

住所 富士見市 大字鶴馬1800-1
 申請者 氏名 富士見 太郎
 電話 049(251) 2711

どちらかに〇をしてください。

こども医療費受給資格証を 破損 紛失 したので、再交付を申請します。

受給資格者	氏名	富士見 太郎	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇月〇日
	住所	富士見市 大字鶴馬1800-1		こどもとの続柄	父
対象となるこども	氏名	富士見 あゆみ	生年月日	平成〇〇年〇月〇日	
対象となるこども	氏名		生年月日	平成	年 月 日
対象となるこども	氏名		生年月日	平成	年 月 日
加入保険	保険者名	埼玉健康保険組合	記号番号	Fさ 2675	43876
	保険者番号	110353	被保険者等の氏名	富士見 太郎 こどもとの続柄 (父)	

再交付が必要な方のみ記入してください。