

様式第4号（第3条関係）

こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記の者に係るこども医療費受給資格証を 破損・亡失 したので再交付を申請します。また、市長がふじみ野市こども医療費の支給に関する条例施行規則に基づく交付申請及び支給の事務を行うため、必要な範囲で公簿の確認及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

記

受給対象児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	個人番号			
加入医療保険	フリガナ			
	被保険者氏名			
	保険者番号		記号・番号	
	保険者の名称			
受給資格者	氏 名		続柄	

受給者番号	
交付日	年 月 日