

入間市子ども医療費受給資格証再交付申請書

資 格 資 格 証 受 給 者 番 号			
受 給 資 格 者	ふりがな 氏 名		子どもとの 続 柄
子 ども	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
加 入 保 険	被保険者等 の 氏 名		
	記号番号		
	保 険 者 名	国民健康保険 健康保険組合 共 済 組 合 全国健康保険協会 支部	
	保 険 者 番 号		
<p>子ども医療費受給資格証を< 破損 亡失 >したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申 請 者 住 所 入間市</p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;">氏 名</p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;">T E L</p> <p style="margin-top: 20px;">(宛先)入間市長</p>			