

様式第4号

こども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

四條畷市長宛

住所 四條畷市

申請者氏名

子どもとの続柄

電話 ()

子ども医療証を(破損・汚損・紛失)しましたので再交付を申請します。

		<small>じゅきゆうしやばんごう</small> 受給者番号					
こども	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	年	月	日	満	歳	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他(四條畷市)					
健康保険証	被保険者氏名					子どもとの続柄	
	記号						
	番号	<small>えだばん</small> (枝番)					
	保険者名						

※ 破損または汚損の場合は、裏面に旧の医療証を貼付けてください。

来庁者の本人確認書類 来庁者…父・母・他() <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
--

年 月 日 手渡し / 郵送