

こどもの医療費受給者証再交付申請書					
受給者	受給者番号		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所				
	加入 保険	記号・番号			
		保険者名			
対象の こども	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		受給資格者との 続柄		
<div style="text-align: center;"> <p>破損 こどもの医療費受給者証を 亡失 したので再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 鴻巣市長</p> <p style="margin-top: 20px;">住所 申請者 氏名</p> </div>					

(注) 破損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。