

こども医療費受給資格証再交付申請書					
受給資格者	受給者番号		生年月日		
	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		
	住所		受給資格者との続柄		
<p style="text-align: center;">破損 こども医療費受給資格証を 亡失 したので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 埼玉県北本市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>					

(注) 破いた又は汚した場合は、当該受給資格証を添えて提出してください。