

様式第3号

子どもの医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様

申請者 (保護者)	住所	TEL
	氏名	(子どもとの続柄)

下記により子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

記

受給者番号								
子ども	ふりがな				男 ・ 女	生年月日		
	氏名					年 月 日		
	住所							
医療 保険	保険種別	国保・組合健保・協会健保・共済組合・その他						
	被保険者証の記号・番号							
	保険者名							
	被保険者名							
再 理	交 付 の 由	※該当する番号に○をつけてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()						
備 考								