

記入例

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

受給資格者証番号	子ども氏名	生年月日
123456	郡山 花子	平成30年7月1日 令和
		平成 年 月 日 令和
		平成 年 月 日 令和

子ども医療費受給資格者証を破損したため再交付を申請します。
亡失

令和 元 年 8 月 1 日

郡山市長

※お子様の保険証を確認しますので、一緒に提示してください。

※保険証を紛失した場合は、保険証の再交付を受けてから申請してください。

申請者 氏 名

郡山 太郎

電話番号

(924) 2411

※受給資格者証を再交付するには、対象児童の保険証の確認が必要です。

保険証の確認