

こ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	こども氏名	生年月日
		平成 年 月 日 令和
		平成 年 月 日 令和
		平成 年 月 日 令和

こども医療費受給資格者証を 破損 したので再交付を申請します。
亡失

令和 年 月 日

郡山市長

申請者 氏 名

電話番号 ()

※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

保護者の本人確認およびこどもの健康保険加入状況確認のため
保護者とこどもの健康保険情報のわかるものを貼付してください。

例) 資格確認書、資格情報のお知らせ、
マイナポータルの健康保険情報、健康保険証、資格取得証明書

こ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	こども氏名	生年月日
受給資格者証に記載される7桁の番号	郡山 がくと (こどもの名前)	平成 6 年 5 月 1 日 令和
		平成 年 月 日 令和
		平成 年 月 日 令和

こども医療費受給資格者証を 破損 したので再交付を申請します。
(亡失)

令和 7 年 4 月 4 日

郡山市長

申請者氏名 郡山 太郎

電話番号 090 (1234) 5678

※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