

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
亡失 したので再交付を申請します。

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子どもの健康保険加入状況確認のため
保護者と子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 (子どもの名前)	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