

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 令和 年 月 日
		平成 令和 年 月 日
		平成 令和 年 月 日

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