

子ども医療費受給資格証再交付申請書

保 護 者	氏名		続柄		電話		
	住所	浪江町大字					
	加入保険	協会けんぽ	組合管掌	共済組合	国保組合		
	記号番号						
	保険者名						
子 ど も	氏名		生年月日		年	月	日
	住所	浪江町大字					
備 考							

子ども医療費受給者証を亡失（き損）したので、再交付していただきたく申請します。

令和 年 月 日

浪江町長 様

住所

(届出人)

氏名

印