



子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

御船町長 様

申請者 住所 御船町大字
(保護者)
氏名

下記のとおり、子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

子ども	氏名	
	生年月日	年 月 日
受給者番号		
申請理由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()

※以下は記入しないで下さい。

住民票	台帳	入力	再交付	年 月 日
-----	----	----	-----	-------

課長	係長	係員	入力

○子ども医療費受給者証再交付申請書について○

子ども医療費受給者証をなくしたり破った場合等に、再交付を受ける場合には、この用紙にご記入ください。

○記入上の注意

受給者証に記載されている保護者の氏名で申請してください。

※この申請に必要なもの（郵送でも申請できます。）

- ・子どもの健康保険証または、郵送の場合は子どもの健康保険証の写し（表紙と家族欄。カード式の場合は子どもの分の表面）

※以下の場合、届出が必要です。

イ 変更届 保険証の内容に変更がある場合は、子どもの保険証またはその写し（郵送による申請の場合）を提出してください。

- ・町内での住所が変わったとき
- ・子どもの氏名が変わったとき
- ・子どもの加入保険が変わったとき
- ・保護者が変わったとき

ロ 資格消滅届（子ども医療費受給者証もお返しくください。）

- ・町外に転出したとき
- ・生活保護受けるようになったとき

問い合わせ 〒861 - 3296

御船町大字御船995-1

御船町こども未来課

電話 096-282-1346(直通)