

こども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

高 石 市 長 宛

申請者	住 所
	氏 名
	続 柄 TEL

医療証を 破損 ・ 汚損 ・紛失 したので、再交付を申請します。

(こども) 受給者	住 所	高石市			丁 目	番	号
	氏 名	性 別	生 年 月 日			受給者番号	
		男 女	平成 令和 年 月 日				

加入医療保険	保険者名	保険者番号
	記号・番号	資格取得年月日 年 月 日
	被保険者氏名	被保険者との続柄

- 注意 1. 医療証を破損または汚損したときは、その医療証を添付してください。
2. 紛失した医療証を発見したときは、直ちにお返してください。

台帳	医療証	電算