様式第7号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども医療費受給者証再交付申請書 | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | | | | | |
| 受給者氏名 | |  | | | 住所 | 江田島市 | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | | | | | |
| 保険種別 |  | | | | | |
| 被保険者等  記号・番号 |  | | | 附加給付の有無 | | 有　・　無 |
| 保険者名 |  | | | | | |
| 保険者所在地 |  | | | | | |
| 対象こども氏名 | | 男・女 | | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| こども医療費受給者証を | | | 損傷  亡失 | したので再交付を申請します。 | | | |
| 年　　月　　日  住所　江田島市  申請者  氏名  　　江田島市長　　　　様 | | | | | | | |