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 | 　 |
| 被保険者証の記号番号 | 　 | 附加給付の有無 | 有　・　無 |
| 被保険者証発行機関名 | 　 |
| 被保険者証発行機関所在地 | 　 |
| 対象こども氏名 |  | 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 |