

決 裁	課 長	副課長	係 長	担当者	受 付 日		交 付 日	

## こども医療費受給資格証再交付申請書

受給資格者	住 所	新座市						
	氏 名							
こ ど も	加 入 医 療 保 険	保険証名称	健保／国保／共済／全国健康保険協会					
		記号						
		番号						
	氏 名				生年 月日			
	破損 こども医療費受給資格証を      したので、再交付願いたく申請します。 紛失  年      月      日  届出人 住 所 <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ  電 話 氏 名  （提出先）新座市長							

受付者
-----