

様式第4号(第5条関係)

さいきっ子医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 — 電話
	氏名	(子どもとの続柄)

次のとおりさいきっ子医療費受給資格者証の再交付を申請します。

受給者番号							
子ども	ふりがな		男・女	生年月日			
	氏名			年	月	日	
	住所						
医療保険	取得年月日	年 月 日					
	保険種別	協・組・船・共・国					
	被保険者証等の記号・番号						
	被保険者名又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						
	附加給付	有 ・ 無					
再交付の理由	該当する番号に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他()						
備考							

※ 附加給付欄は、記入しないでください。