

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 ー 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						
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						
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						
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							

※ 健康保険証の写しを必ず添付してください。