

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	〒 - (電話番号: - -)
	氏名	(続柄: 子の)

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 年 月 日
	氏名		
住所	(申請者と住所が異なる場合のみ記入)		
医療保険	取得年月日	年 月 日	
	保険種別	協・組・船・共・国	
	記号・番号		
	被保険者名又は世帯主氏名		
	事業者名		
保険者番号			
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			

※医療保険情報は、コピーを提出した場合は記入を省略できます。

【確認方法】 資格情報のお知らせ 資格確認書 マイナポータル資格情報画面 健康保険証 その他