乳幼児／小・中学生、高校生世代医療費受給者証　再交付申請書

（あて先）浜　松　市　長

申請者
住　　所　　浜松市中央区元城町103－2
氏　　名　　浜　松　　太　郎
電話番号

乳幼児／小・中学生、高校生世代医療費受給者証を（紛失・汚損）したので、次のとおり再交付を申請します。

受給者番号		12345567	提出年月日	令和 3 ・ 5 ・7
子ども	（フリガナ） 氏　名	浜（ハマ） 松（マツ） 一（イチ） 子（コ）	生年月日	平成・令和 28 ・ 4 ・ 5
	住　所	〒 430-8652 浜松市 中央区元城町103－2		

加入保険	被保険者氏名	記号	番号
	浜　松　太　郎	123	456789
	保険者名称		
	全国健康保険協会　静岡支部	国民健康保険・全国健康保険協会 健康保険組合・共済組合・その他	
	資格取得年月日	保険者番号	
	平成・令和 28 ・ 4 ・ 5	12345567	

備考欄		再交付	受付	
			入力	確認
		年　月　日		