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

住　　所

申請者

氏　　名

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			提出年月日	令和　・　・
子ども	（フリガナ） 氏　　名		生年月日 平成 令和　・　・	
	住　　所	〒 浜松市		

加入保険	被保険者氏名	記　　号	番　　号
	保険者名称		
		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　・　・		

備考欄		再交付	受付	
			入力	確認
		年　月　日		