

○お子様の健康保険証のコピーを添付してください。

様式第6号（第9条関係）

子ども医療費受給資格証再交付申請書				
受給資格者	氏名	吉川 良男		
	住所	吉川市きよみ野1-1	子どもとの続柄	父
	加入保険	記号	番号	91
	保険者名	全国健康保険協会 埼玉支部		
子ども	氏名	吉川 一郎	生年月日	平成29年1月1日
子ども医療費受給資格証を破損 亡失 したので、再交付を申請します。				
令和3年5月28日				
申請者 住所 吉川市きよみ野1-1 氏名 吉川 良男				
(宛先)吉川市長				