乳幼児及び子ども医療費受給資格証再交付申請書

保 護 者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				子どもとの続柄	
	加入保険					
	記号番号					
	保険者名					
子 ど も	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	金山町大字 字				

乳幼児及び子ども医療費受給資格証を亡失(き損)したので再交付されたく申請します。

令和 年 月 日

金山町長 様

申請者 住所

氏名

印