

記入例

双葉町子ども医療費受給資格証再交付申請書

申請書を提出する日を記入→ 年 月 日

双葉町長様

住所 双葉町大字

申請者 氏名 必ず押印→ 印

電話番号 日中連絡の取れる電話番号

双葉町子ども医療費受給資格証を下記のとおり再交付申請します。

受給者	フリガナ		個人番号	マイナンバー(12桁)	
	氏名	受給者として登録した保護者	受給者番号	受給資格証の7桁の番号 (わかる場合)	
	住所	双葉町大字			
子ども	フリガナ		個人番号	マイナンバー(12桁)	
	氏名	対象となる子ども	生年月日	年	月 日
	住所	双葉町大字		性別	
加入保険	記号・番号	保険証に記載の記号・番号	保険者名	全国健康保険協会〇〇支部 □□健康保険組合 等	
	保険者番号	保険証に記載の保険者番号	資格取得日	子どもが認定された年月日	
再交付申請の理由		紛失 ・ 破損 ・ その他 () あてはまるものに○			
避難先(送付先)		〒 資格証の送付先			