

子ども医療費受給者証再交付 チェックリスト

(書類名)	(対象者)	(チェック)
○子ども医療費受給者証再交付申請書	全員	☐
○再交付が必要な方の身分確認が 出来るものの写し	全員	☐
(健康保険証、資格確認書、マイナンバーカード など)		

上記の書類を提出し、申請します。

申請者氏名 _____

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

留 萌 市 長 様

申請者 住所
氏名
受給者との続柄
電話番号

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

記

申 請 内 容	受給者	氏 名							受給者番号		
		住 所									
	理 由	1. 破損した 2. 汚損した 3. 紛失した 4. その他									
※ 処 理 欄	課長		係長		係		合議		処 年 月 日 理	年 月 日	
	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を再交付する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。										
	却 下 理 由										

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

《身分確認(本人)》

☐マイナ ☐免許 ☐保険

☐手帳 ☐学生 ☐旧受給者証

☐他 ()

《代理確認(住基要確認)》

①☐保護者等 ☐他 ()

②☐マイナ ☐免許

☐他 ()