

第3号様式(第5条関係)

戸田市子ども医療費受給資格者証再交付申請書			
(宛先) 戸田市長		令和 年 月 日	
		届出人住所 戸田市上戸田1-18-1	
		氏名 戸田 一郎	
		電話 048-441-1800	
次のとおり、受給資格者証の再発行を申請します。			
受給資格者	フリガナ氏名	届出人と異なる場合のみ記入	
	住所	届出人と異なる場合のみ記入 電話()	
対象	フリガナ	トダ タロウ	生年月日
	氏名	戸田 太郎	年月日
	次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり		
子ども	記号		番号
	名称	戸田市国民健康保険 全国健康保険協会 ()支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()	
	資格取得年月日	年	
再発行理由	破損 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 在留資格の延長 その他 ()		

保険証の写しを提出
 「別紙写しのとおり」に✓を記入(保険証の内容は、記入不要)
 保険証の写しがない場合
 「次のとおり」に✓を記入し、保険証の内容を記入する。
 保険証は子どもの保険証の情報を記入。

決裁	市長	副市長	部長	次長	課長	主幹	副主幹

身分証 有/無

受給資格者証回収 済/未