

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		年	月 日
		届出人 住 所	
		氏 名	
		電 話	
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	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日	
次のとおり 別紙写しのとおり			
こ ども	加 入 医 療 保 険	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 月 日	
再発行理由	破損 紛失 在留資格の延長 その他()		

受給資格者証 番 号	
---------------	--

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