

戸田市子ども医療費受給資格者証再交付申請書

記入例

対象 子ども	フリガナ	トダ	ハナコ	性別	生年月日
	氏名	戸田 花子		男・女	平成30年 4月30日
受給	氏名	戸田 太郎			
	住所	戸田市 上戸田1-18-1			
資格 者	加入 記号・番号	記号	87654321	番号	77
	医療 名称	東京支部			健保・国保・共済 全国健康保険協会
	資格取得 年月日	昭和	平成	30年 4月 30日	令和
<p>受給資格者証を破損したため、再交付を申請します。 紛失</p> <p style="text-align: right;">令和 元年 5月 1日</p> <p>(あて先) 戸田市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 戸田市 上戸田1-18-1 氏名 戸田 太郎</p>					

現在加入されている対象乳幼児等の
保険証内容をご記入ください。

受給資格者証
番号

決	市長	副市長	部長	次長	課長	主幹	副主幹
裁							