

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							
対象 子ども	フリガナ				性別	生年月日	
	氏名				男・女	年 月 日	
受 給	氏名						
	住所	戸田市					
資 格 者	加入	記号・番号	記号		番号		
	医療 保 険	名称	健保・国保・共済 全国健康保険協会				
	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日				
<p style="text-align: center;">破 損 受給資格者証を 紛 失 したので、再交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 戸 田 市 長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 戸田市 氏 名</p>							

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