

様式第5号（第5条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所 小千谷市

氏 名

電話番号

子ども医療費受給者証(入院・通院)を(破損・亡失)したので、下記により再交付を申請します。

受給者	氏 名		子どもとの続柄	
	住 所	小千谷市		
子 ども 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
加 入 保 険	被保険者氏名			
	記号・番号			
	保 険 者 名			