

様式第3号（第3条関係）

こども医療費受給資格者証再交付申請書					
受給資格者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所	那須塩原市	こどもの続柄		
	加入保険	被保険者氏名			
		記号番号			
保険者名称					
こども	氏名		生年月日	平・令 年 月 日	
	住所	那須塩原市	同上		
<p style="text-align: center;">破損 こども医療費受給資格者証を したので再交付願いたく申請します。 亡失</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市 申請者 氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p>					

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日

(ピ・白・ベ)