様式第３号（第４条関係）

こども医療費受給資格証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

蓮田市長　宛て

住　　所　蓮田市

申請者　氏　　名

電話番号

次のとおり、こども医療費受給資格証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">受給資格者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>昭和・平成
年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td>☐ 申請者と同じ（記入不要）
蓮田市</td><td>電話番号</td><td>☐ 申請者と同じ（記入不要）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">対象となるこども</td><td colspan="2">受給資格証番号</td><td>氏　　名</td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>平成・令和
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>平成・令和
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>平成・令和
年　月　日</td></tr>
<tr><td>再交付の理由</td><td colspan="4">☐ 破損　　☐ 亡失　　☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>＊市使用欄</td><td>確　　認</td><td>☐ 健康保険証
☐ その他（　　）</td><td>再交付年月日</td><td>令和　　年　月　日</td></tr>
</table>