

# 記入例

様式第5号

乳幼児及び子ども医療費受給資格証再交付申請書					
保 護 者	氏名	富岡 太郎	生年月日	昭和63年 1月 1日	
	住所	富岡町大字本岡字王塚622-1		対象者との続柄	父
	加入保険	健康保険			
	記号番号	7777777・77 (保険証に記載されている記号・番号)			
	保険者名	保険者名 (全国健康保険協会〇〇支部 等)			
対 象 者	氏名 (個人番号)	富岡 一郎 (8888 8888 8888)	生年月日	令和 元年 5月 1日	
	住所	富岡町大字本岡字王塚622-1			
乳幼児・子ども医療費受給資格証を <sup>き損</sup> したので再交付願いたく申請します。 亡失					
令和 元年 5月 10日					
富岡町長様					
住所 富岡町大字本岡字王塚622-1					
保護者					
氏名 富岡 太郎					
個人番号 (8888 8888 8888)					
電話番号 0240 - 99 - 9999					