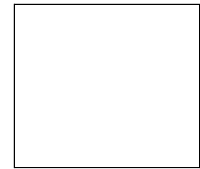


受付印

# 子ども医療費受給資格者証再交付申請書



熊本市長 (宛)

令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

|                |    |       |     |  |
|----------------|----|-------|-----|--|
| 受給資格者<br>(養育者) | 住所 | 熊本市 区 |     |  |
|                | 氏名 |       | TEL |  |

次のとおり再交付を申請します。

|   |                  |   |      |        |   |   |        |
|---|------------------|---|------|--------|---|---|--------|
| ① | 子の氏名             |   | 生年月日 | H<br>R | 年 | 月 | 日      |
|   | ひまわりカード<br>記号・番号 | 二 |      |        |   |   | 性別 男・女 |
| ② | 子の氏名             |   | 生年月日 | H<br>R | 年 | 月 | 日      |
|   | ひまわりカード<br>記号・番号 | 二 |      |        |   |   | 性別 男・女 |
| ③ | 子の氏名             |   | 生年月日 | H<br>R | 年 | 月 | 日      |
|   | ひまわりカード<br>記号・番号 | 二 |      |        |   |   | 性別 男・女 |
| ④ | 子の氏名             |   | 生年月日 | H<br>R | 年 | 月 | 日      |
|   | ひまわりカード<br>記号・番号 | 二 |      |        |   |   | 性別 男・女 |

|                                 |         |     |
|---------------------------------|---------|-----|
| 再<br>交<br>付<br>申<br>請<br>事<br>由 | 1 紛失    |     |
|                                 | 2 盗難    |     |
|                                 | 3 汚損・破損 |     |
|                                 | 4 郵便物未着 |     |
|                                 | 5 その他   | ( ) |

備考  同日保険変更あり

保険の状況

保険継続

資格なし期間

H R 年 月 日

H R 年 月 日

療養なし

療養あり

説明済

国保案内済

|             |             |  |
|-------------|-------------|--|
| 主<br>査<br>欄 | 係<br>員      |  |
|             | 処<br>理<br>欄 | <input type="checkbox"/> 口座変更なし<br><input type="checkbox"/> 口座変更済<br><input type="checkbox"/> 口座なし |