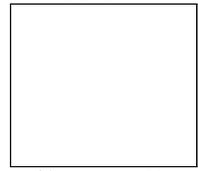


受付印

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

| | | |
|---------------------------------|---------|-----|
| 再 交 付 申 請 事 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 査 欄 | 係 員 | |
| | 処 理 欄 | <input type="checkbox"/> 口座変更なし <input type="checkbox"/> 口座変更済 <input type="checkbox"/> 口座なし |