

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