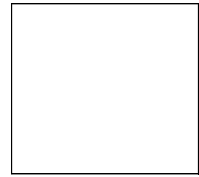


受付印

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
	ひまわりカード 記号・番号	ニ								H R
②	子の氏名									生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ								H R
③	子の氏名									生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ								H R
④	子の氏名									生年月日
	ひまわりカード 記号・番号	ニ								H R

再 交 付 申 請 事 由	1 紛失
	2 汚損・破損
	3 郵便物未着
	4 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