

受付印

こども医療費受給資格者証再交付申請書

熊本市長（宛）

申請日 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。

	子の氏名									生年月日	
①	ひまわりカード 記号・番号	二								H R	年 月 日
	子の氏名									生年月日	
②	ひまわりカード 記号・番号	二								H R	年 月 日
	子の氏名									生年月日	
③	ひまわりカード 記号・番号	二								H R	年 月 日
	子の氏名									生年月日	
④	ひまわりカード 記号・番号	二								H R	年 月 日

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 年 月 日

）

H 年 月 日

☐ 療養なし

☐ 療養あり

☐ 説明済

☐ 国保案内済

主 査		係 員	
処 理 欄			
	☐ 口座変更なし		
	☐ 口座変更済		
	☐ 口座なし		