

こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

住所 和歌山市

申請者

氏名

電話（ ）

こども医療費受給資格証を 破損 したため再交付を申請します。
紛失

	氏名（フリガナ）	性別	生年月日	受給者番号
対象こども		男 女	年 月 日	
住所	和歌山市			
加入医療保険	名 称		記 号 一 番 号	