

# こども医療費受給資格証再交付申請書

(宛先) 和歌山市長

年 月 日

記入箇所

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  
紛失

どちらかに  
○をつけてください

したので再交付を申請します。

	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		
	記入不要			