第３号様式（第３条関係）

受　付　日	
受給資格者証番号	
受給資格者証発行日	

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

宇多津町長　殿

申請者 （受給資格者）	住　所	宇多津町
	氏　名	
	連絡先	

健康保険証を添えて受給資格者証の再交付を申請します。

対象となる子ども	氏　名		生年月日	年　　月　　日生
	氏　名		生年月日	年　　月　　日生
	氏　名		生年月日	年　　月　　日生

加入保険	保険者番号	記号	番号

申 請 理 由 （該当に〇をしてください）	１．紛失　　２．破損　　３．汚損 ４．その他（　　）

（注）受給資格者証を破損したことにより、再交付を申請するときは、破損した受給資格者証（第2号様式）を添付してください。