

## 記入例

### 乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

会津若松市長

住所 会津若松市 **東栄町3番46号**

申請者

氏名 **若松 一郎** **若松** 印

乳幼児医療費受給資格者証を破損(紛失)したので、再交付願いたく申請します。

受給者証番号 <b>67890</b>	受給者氏名 <b>若松 一郎</b>	
乳幼児氏名 <b>若松 太郎</b>	生年月日 <b>17年 2月 14日</b> 生	
加入健康保険	被保険者氏名 <b>若松 一郎</b>	
	記号 <b>若あい</b>	番号 <b>3456</b>
	保険者名 <b>会津若松社会保険事務所</b>	保険者番号 <b>0705</b>
備考		

申請者は、通常、被保険者になります。押印を忘れずに。

再交付が必要な理由を選び、○で囲みます。

既に登録になっている乳幼児と受給者の状況を記入してください。

受給者の現在の加入健康保険の状況を記入してください。こちらへ登録されている内容と異なる場合は、変更届出書の提出も必要です。

#### 再交付申請に必要な書類等 (この申請書以外)

- 1 お子さんの名前が入っている健康保険証
- 2 印鑑 (シャチハタ以外のもの)

※ 再交付申請の際は、「再交付申請に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。