様式第3号

# 妊産婦 / こども 医療費受給資格者証再交付申請書

| 妊産婦 | | こども | |
|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | 受給者番号 | |
| 受給資格者（妊産婦） | | こども氏名 | |
| 生年月日 | | （こどもの）生年月日 | |
| | | 受給資格者（保護者） | |
| 加入保険 被保険者氏名 | | | |
| 記号 | | 番号 | |
| 保険者名称 | | 保険者番号 | |

こども / 妊産婦 医療費受給資格者証を 紛失 / 破損 / 転居 / 氏名変更 / その他 したので再交付願いたく申請します

平成　　年　　月　　日

申請者

住所　宇都宮市

電話

氏名　　印

(あて先) 宇都宮市長

| | |
|---|---|
| 提出先 | 子ども家庭課・各地域自治センター・各地区市民センター・各出張所 |
| 連絡先 | 子ども家庭課　TEL 028－632－2296 |