様式第5号（第7条関係）

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年　　月　　日

別府市長　　あて

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

助成対象者（保護者）	住所	別府市		
	氏名			
	電話番号	－　　－	子どもとの続柄	父 ・ 母 その他（　　）

子ども	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	平成・令和 年　　月　　日	受給資格者番号								
	住所	※助成対象者（申請者）と異なる場合のみ記入									
再交付の理由		※該当する番号に〇をつけてください。 1　紛失　　2　汚損・破損　　3　その他（　　）									

加入医療保険（子どもの保険証（コピー）を貼付）	
備考	

※市使用欄

受付

入力