

第6号様式

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書
小児指定疾病医療費助成登録証再交付申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者（保護者） 住 所 _____
氏 名 _____
個人番号 _____
電話番号 _____
続 柄 _____

受給者証・登録証を 紛失 ・ 毀損 ・ 汚損 してしまいましたので、
再交付の申請をします。

受給者（登録者）番号	
受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日
受診者住所	〒
個人番号	
保険種別	協会けんぽ ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保（一般） 国保（退職） ・ 国保組合 ・ その他