

【記入例】

妊産婦・子ども医療費受給者証再交付申請書					
受給者	氏名	柏崎 市郎		子どもとの続柄	父
	住所	柏崎市 日石町2番1号			
子ども氏名		柏崎 太郎	生年月日	平成30年 5月 2日	
加入保険	被保険者氏名	① 柏崎 市郎			
	記号－番号	② 1234567－8910			
	保険者名	③ 全国健康保険協会 新潟支部			
<p>妊産婦 子ども 医療費受給者証を 破損 したので、再交付を申請します。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>住所 柏崎市 日石町2番1号</p> <p>申請者 氏名 柏崎 市郎</p> <p>電話 ( 090－1111－2222 )</p> <p>柏崎市長 様</p>					

お子さんの健康保険資格情報を転記（資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの健康保険資格情報をご確認ください）

全国健康保険協会

健康保険 家族（被扶養者） 00123  
資格確認書 令和8年1月4日交付  
②記号 1234567 番号 8910  
かしわぎ タロウ  
氏名 柏崎 太郎  
生年月日 平成30年5月2日 性別 男  
資格取得年月日 令和3年1月4日  
被保険者 ①柏崎 市郎  
事業所所在地 柏崎市日石町2番1号  
事業署名 株式会社 かしわぎ  
保険者番号 01150010  
保険者名称 ③全国健康保険協会 新潟支部  
保険者所在地 新潟市中央区東大通2-4-4

国民健康保険

新潟県 有効期限 令和〇年7月31日  
国民健康保険 資格確認書  
記号 ②柏崎 番号 12345678 (枝番) 02  
氏名 柏崎 太郎  
生年月日 平成30年5月2日 性別 男  
適用開始日 令和3年1月4日  
交付年月日 令和3年1月4日  
世帯主氏名 ①柏崎 市郎  
住所 新潟県柏崎市日石町2番1号  
保険者番号 150052  
交付者名 ③柏崎 市