

第4号様式（第4条関係）

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		
妊産婦 子ども 医療費受給者証を 破損 亡失 したので、再交付を申請します。				
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
住所 柏崎市日石町2番1号				
申請者 氏名 柏崎 市郎				
電話 (090-1111-2222)				
柏崎市長 様				

お子さんの保険証の内容を転記

全国健康保険協会

健康保険 家族（被扶養者） 00123
被保険者証 令和3年1月4日交付
②記号 1234567 番号 8910
かしわざき 太郎
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 かしわざき
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
国民健康保険
被保険者証
有効期限 令和○年7月31日
②記号 柏崎 番号 00123456
資格 一般
かしわざき 太郎
氏名 柏崎 太郎 性別 男
生年月日 平成30年5月2日 交付年月日 令和3年1月4日
適用開始日 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