

別記様式 3

受診券再発行依頼書

入所児名			男・女
生年月日			
事由		変更 ・ 棄損 ・ 紛失	
事由が変更の場合 その内容を記載			
健康保険の有無		有・無 （健康保険に加入している場合は、保険証の写しを添付してください）	
保険証	保険者名		
	記号番号		
備考			

上記、入所児童の受診券を再交付されたく、依頼します。

令和 年 月 日

大阪市こども青少年局長 様

（あて先：大阪市 こども相談センター）

所在地（住所）

施設名

施設長氏名

受理日		旧受診券 回収状況		システム 入力日		入力者名	
-----	--	--------------	--	-------------	--	------	--