



義務教育就学児医療費助成制度
医療証再交付申請書

受付印

小平市長 殿

次のとおり、義務教育就学児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

保 護 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	住 所	小平市					
	連 絡 先	電話	()	携帯	()		

対 象 児 童	氏 名						
	生年月日	平成・令和	年	月	日		
	氏 名						
	生年月日	平成・令和	年	月	日		
	氏 名						
	生年月日	平成・令和	年	月	日		
	氏 名						
	生年月日	平成・令和	年	月	日		
申請理由		1 なくした 2 破いた 3 汚した 4 その他 ()					
交付方法		窓口 ・ 郵送					

受給者番号

3						
---	--	--	--	--	--	--

3						
---	--	--	--	--	--	--

3						
---	--	--	--	--	--	--

3						
---	--	--	--	--	--	--

負担者番号

8	8	1	3			
---	---	---	---	--	--	--

備考	本人確認		健康保険証			
			運転免許証			
			()			
	令和 年 月 日				受 付	
☐ 再交付済						
☐ 郵送済						