



乳幼児医療費助成制度  
医療証再交付申請書

小平市長 殿

次のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

受付印

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	自宅	( )	携帯	( )		

対象乳幼児	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

5							
---	--	--	--	--	--	--	--

5							
---	--	--	--	--	--	--	--

5							
---	--	--	--	--	--	--	--

5							
---	--	--	--	--	--	--	--

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	
	<input type="checkbox"/> 再交付済		
	<input type="checkbox"/> 郵送済		