

乳幼児医療費助成制度
医療証再交付申請書

医療証に記載されている保護者を記入してください。

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 5 年 5 月 30 日

再交付の申請をするお子様のみ記入してください。

氏名	コダイラ タロウ 小平 太郎	生年月日	昭和 60 年 11 月 20 日 平成
住所	小平市 小川町2-1333		
連絡先	自宅 042 (346) 9544	携帯	090 (1234) 567△

対象乳幼児	氏名	小平 花子
	生年月日	平成・令和 ●●年 ● 月 ● 日
	氏名	小平 三郎
	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

--	--	--	--	--	--	--	--

日中連絡の取れやすい電話番号を記入して下さい。

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

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

医療証の受取方法を選択してください。
郵送で再交付の申請をする場合は「郵送」に○をつけてください。

☐ 再交付済

☐ 郵送済