



高校生等医療費助成制度
医療証再交付申請書

受付印

小平市長 殿

次のとおり、高校生等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

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

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

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

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

負担者番号

8	9	1	3	1	3	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---

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		