

記入例

様式第4号（第11条関係）

太枠内を記入してください。

高校生等医療費助成制度 医療証再交付申請書

青

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

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

再交付の申請をするお子様のみ記入してください。

対象乳幼児	氏名	小平 花子
	生年月日	平成・令和 17年 1月 9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 <input checked="" type="radio"/> なくした 2 <input type="radio"/> 破いた 3 <input type="radio"/> 汚した 4 <input type="radio"/> その他 ()	
交付方法	窓口 ・ <input checked="" type="radio"/> 郵送	

受給者番号

※

携帯電話の番号も記入してください。

※

5

5

負担者番号

8 8 1 3

備考

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。

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

