

# 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。

## 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

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

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	<b>小平 花子</b>
	生年月日	平成・令和 <b>31年 1月 9日</b>
	氏名	<b>小平 三郎</b>
	生年月日	平成・令和 <b>3年 5月 4日</b>
	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	<input checked="" type="radio"/> 1 なくした <input type="radio"/> 2 破いた <input type="radio"/> 3 汚した <input type="radio"/> 4 その他 ( )	
交付方法	窓口 ・ <input checked="" type="radio"/> 郵送	

受給者番号

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

携帯電話の番号も記入してください。

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

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

