様式第４号（第１１条関係）

青

高校生等医療費助成制度
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。

受付印

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 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。

	リガナ 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
	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

7							
7							
7							
7							

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				

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。

備考	本人確認		健康保険証	
			運転免許証	
			（　　）	
	令和　　年　　月　　日 □ 再交付済 □ 郵送済			受付