



医療証再交付申請書

(宛先) 小金井市長

下記の理由により、義務教育就学児医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

受付者

年 月 日申請

記

義務教育就学児医療証の記載内容

医療証番号	負担者番号							受給者番号						
	8	8	1	3	1	3	3	9						
児童氏名							児童生年月日	西暦・平成 年 月 日						
保護者氏名							住所	小金井市						

申請内容

再交付の理由	1 医療証を紛失したため。 2 医療証を破いてしまったため。 3 医療証を汚してしまったため。 4 その他 ()
具体的な状況を記入	1 いつ () 2 どこで () 3 どのような状況で () 4 その他の状況 ()

市記入欄

医療証交付年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付
----------	----------	--