



医療証再交付申請書

(宛先) 小金井市長

受付者

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。

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		3	3					
児童氏名						児童生年月日	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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付