



義務教育就学児医療費助成制度  
医療証再交付申請書

受付印

小平市長 殿

次のとおり、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。

令和 年 月 日

保 護 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日
	住 所	小平市					
	連 絡 先	電話	( )	携 帯	( )		

対 象 児 童	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
	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

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

負担者番号

8	8	1	3	1	3	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---

備 考	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				