

市受付印

子 医療証再交付申請書

(宛先) 小金井市長

申請書提出日を記

受付者

下記の理由により、義務教育助成制度の医療証の再交付を申請します。

記

年 月 日申請

記入例

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 1 0 0 0 0 0 0	8 8 1 3 1 3 3 9						1 0 0 0 0 0 0 0				
児童氏名	小金井 一郎					児童生年月日	○年1月1日					
保護者氏名	小金井 太郎					住所	小金井市本町6-6-3					
申請内容												
再交付の理由	1 医療証を紛失したため。 ② 医療証を破ってしまったため。 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 (○月○日に) 2 どこで (自宅で) 3 どのような状況で (誤って破ってしまった) 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

【記入・申請上の注意】

- ・義務教育就学児医療証を参照してご記入ください。義務教育就学児医療証を紛失したため、負担者番号・受給者番号が不明の方は、番号欄は空欄でかまいません。
- ・申請は郵送でも受け付けますが、普通郵便で郵送した場合の事故については、一切責任を負いませんので、ご心配な方は「簡易書留郵便」をご利用ください。
- ・医療証汚損・毀損の場合は、お手元の医療証を添付してください。

※申請用封筒・切手はご自分でご用意ください。

ご不明な点は、お問い合わせください。

申請書郵送時、封筒に貼付し宛名ラベルとしてご使用ください。

【問合せ先】

小金井市 子ども家庭部
子育て支援課 手当助成係

電話042-387-9839 (ダイヤルイン)

〒184-8504
小金井市本町六丁目6番3号

小金井市役所
子育て支援課 手当助成係 行

(マル子医療証再交付申請書在中)