

様式第4号(第11条関係)

市受付印



医療証再交付申請書

記入例

負担者番号は5桁目と8桁目が「8・4」の方と「2・7」の方の2種類があります。医療証のとおり記入してください。

申請書提出日を記入

幼児医療申請します。

年 月 日申請

乳 幼 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	8	3	3	4	1	0	0	0	0	0	0
乳幼児氏名	小金井 一郎						乳幼児生年月日	○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 ()												

【記入・申請上の注意】

- ・乳幼児医療証を参照してご記入ください。乳幼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。

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

※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。

【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)

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。

〒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
 (マル乳医療証再交付申請書在中)