



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、乳幼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

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		3	3					
乳幼児 氏名							乳 幼 児 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