

こども医療費助成制度
医療証再交付申請書

乳	子	青
都	市	都
市	都	市

年 月 日

国立市長 殿

住 所 _____

保護者氏名 _____

（医療証記載の保護者）

次の理由により、こども医療費助成制度医療証の再交付を申請します。

● 申請理由

1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. その他（ ）

● こどもの氏名（生年月日）

○ _____（ 年 月 日）
○ _____（ 年 月 日）
○ _____（ 年 月 日）

※事務処理欄

医療証番号	負担者番号						
	受給者番号						

医療証交付年月日 年 月 日

☐ 確認書類（マイナンバーカード ・ 資格確認書 ・ 運転免許証 ・ その他）

【申請書記入者】

- ☐ 上記保護者本人（医療証記載の保護者）
☐ 上記保護者以外（児童と同居）：以下記入

氏名 _____ 児童との続柄 _____

住所 _____
（上記保護者住所と異なる場合のみ記入）