第５号様式（第 19 条関係）

ひとり親家庭等医療費助成制度
医　療　証　再　交　付　申　請　書

年　　月　　日

国立市長　殿

住所

氏名

下記の理由により、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号	8	1	1	3				
受給者番号								

医療証交付年月日

年　　月　　日

申請理由

１　なくした　　２　破いた　　３　汚した　　４　その他（　　）

本人確認書類（　マイナンバーカード　・　健康保険証　・　運転免許証　・　その他　）