

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 _____

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 ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ その他 ）