記 入 例

受付	入力	確認

第５号様式（第７条関係）

医療証再交付申請書

平成　21　年　1　月　5　日

江東区長殿

保護者住所　江東区　東陽４－１１－２８

TEL　03−3647−9111

なくした等で、わからない場合は空欄でも可

保護者氏名　江　東　　父　郎

下記の理由により、子ども医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

子ども1	受給者番号	1234567	乳・子	生年月日 平成 19 年 5 月 5 日
	氏　名	江　東　　太　郎		

子ども2	受給者番号		乳・子	生年月日　平成　　年　　月　　日
	氏　名			

子ども3	受給者番号		乳・子	生年月日　平成　　年　　月　　日
	氏　名			

申　請　理　由　　①なくした　　2　破いた　　3　汚した

4　その他（　　）

「１なくした」以外の場合は古い医療証を同封して下さい

※医療証交付年月日（事務処理項目）　　平成　　年　　月　　日