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

令和 元 年 5 月 4 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結構です。

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)・令 24 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・令　　年　　月　　日
	氏　名			
子ども３	受給者番号		乳・子	生年月日　平・令　　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」以外の場合はお持ちの医療証を提出してください。

※医療証交付年月日（事務処理項目）　令和 元 年 6月 4日