

市受付印



# 医療証再交付申請書

(宛先) 小金井市長

受付者

下記の理由により、高校生等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

年 月 日申請

記

高 校 生 等 医 療 証 の 記 載 内 容												
医療証番号	負 担 者 番 号						受 給 者 番 号					
	8	9	1	3		3	3					
高校生等氏名						高校生等生年月日	年 月 日					
保護者氏名						住 所	小金井市					
申 請 内 容												
再 交 付 の 理 由			1 医療証を紛失したため。 2 医療証を破いてしまったため。 3 医療証を汚してしまったため。 4 その他 ( )									
具 体 的 な 状 況 を 記 入			1 いつ ( ) 2 どこで ( ) 3 どのような状況で ( ) 4 その他の状況 ( )									

市 記 入 欄	
医療証交付年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付