

様式第4号(第11条関係)

④ 義務教育就学児医療費助成制度  
⑤ 乳幼児医療費助成制度

医療証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 三鷹市長

住 所

氏 名

次の理由により、 義務教育就学児医療費助成制度  
乳幼児医療費助成制度 の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号		<input type="checkbox"/> 8 8 1 3 1 2 7 1 <input type="checkbox"/> 8 8 1 3 4 2 7 5	④					
		<input type="checkbox"/> 8 8 1 3 8 2 7 6 <input type="checkbox"/> 8 8 1 3 2 2 7 9	⑤					
受給者番号								
対象児童	氏名							
	生年月日	年 月 日						

申請理由

- 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他(具体的に書いてください。)

※ 市記入欄

医療証交付年月日 年 月 日