

様式第4号(第11条関係)

- 子

義務教育就学児医療費助成制度
- 乳

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		<div><div><input type="checkbox"/> 8 8 1 3 1 2 7 1</div><div><input type="checkbox"/> 8 8 1 3 4 2 7 5</div><div><input type="checkbox"/> 8 8 1 3 8 2 7 6</div><div><input type="checkbox"/> 8 8 1 3 2 2 7 9</div></div> <div><div>子</div><div>乳</div></div>							
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