

乳幼児医療費助成制度  
医療証再交付申請書

申請日を記入してください。

年 月 日

東久留米市長 殿

医療費助成申請者（医療証の保護者欄に記載されている方）  
を記入してください。

電話番号は日中連絡のとれる連絡先を記入してください。

住 所  
氏 名

下記の理由により、乳幼児医療費助成制度の医療証の再交付を申請いたします。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								
乳 幼 児	氏 名							
	生年月日			年		月		日

医療証交付年月日

年 月 日

再交付を希望する児童について記入して  
ください。（複数人記載可）

申請理由

- 1 なくした      2 破いた      3 汚した      4 その他  
(具体的に書いてください)

該当する番号に○をつけてください。「4 その他」の  
場合は具体的に理由をご記入ください。

受付	入力	確認