様式第4号(第8条関係) 乳幼児医療費助成制度
様式第4号(第11条関係)義務教育就学児医療費制度・高校生等医療費助成制度
様式第5号(第19条関係)ひとり親家庭等医療費助成制度

医療証 再交付申請書

東久留米市長 殿

下記の理由により
☐乳幼児医療費助成制度
☐義務教育就学児医療費助成制度
☐高校生等医療費助成制度
☐ひとり親家庭等医療費助成制度
の医療証の再交付を申請します。

医療証に記載されている事項			届出日	年 月 日
保護者氏名（申請者）		住所	東久留米市 日中連絡先 － －	
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者番号		
		受給者番号		
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者番号		
		受給者番号		
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者番号		
		受給者番号		
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者番号		
		受給者番号		

申請理由
☐ なくした
☐ 破いた
☐ 汚した
☐ その他 ( )

受付	入力	確 認	交付年月日