

様式第4号（第11条関係）

④ 高校生等医療費助成制度

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

氏 名

電話番号

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。

医療証番号

負担者番号									
受給者番号									
高校生等	氏 名								
	生年月日								

医療証交付年月日

年 月 日

再交付を希望する高校生等について記入  
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