

子ども医療費助成制度
医療証再交付申請書

令和 2 年 3 月 5 日

墨田区長 あて

医療証の保護者を記入
してください。

住所 墨田区 両国 1 丁目 2 番 3-401 号

氏名 墨田 太郎

電話 090-1234-5678

次の理由により、子ども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

子どもの氏名、生年月日を記入してください。

負担者番号	
受給者番号	
子ども	氏名 墨田 花子
	生年月日 令和 1 年 12 月 25 日

医療証交付年月日

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。)

申請理由の該当する番号に○をつけ、
具体的な理由を記入してください。