

医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 東京都板橋区長

住 所

保護者氏名

電 話

下記の理由により、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

負担者番号 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 乳 8 8 1 3 2 1 9 6
	<input type="checkbox"/> 子 8 8 1 3 5 1 9 9
	<input type="checkbox"/> 青 8 9 1 3 5 1 9 8
受給者番号	
子 ど も	氏 名
	生 年 月 日

申請理由 (いずれかに○)

紛失した ・ 破れた ・ 汚れた ・ 届いていない

その他 (※具体的にご記入ください)

区処理欄

加入保険	医療証再交付	窓口受付	入力	照合	発送
都外国保 ・ 都外国保以外	窓口 ・ 郵送				