

第4号様式（第8条関係）

子ども医療費助成
医療証再交付申請書

年 月 日

東京都北区長殿

住 所
氏 名

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								
受給者番号								
子ども	氏 名							
	生 年 月 日	年 月 日						

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

記入例

医療証1枚につき申請書1枚が必要です。

第4号様式（第8条関係）

子ども医療費助成
医療証再交付申請書

（記入日）○年 ○月 ○日

東京都北区長殿

住所 北区王子本町△丁目△番△号
氏名（保護者）北 太郎

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。

負担者番号・受給者番号がわからない場合は空欄で結構です。

医療証番号

負担者番号	8	8	1	3	2	1	7	0
受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	
子ども	氏名	北 今太郎						
	生年月日	○年 ○月 ○日						

医療証交付年月日

すでに医療証の再交付を受けている場合…医療証をもらった日
まだ医療証の再交付を受けていない場合…空欄にしてください

（該当日を記入） 年 月 日

申請理由

紛失したため