

# 再交付申請書 記入例

第5号様式  
(第8条関係)

## 子ども医療証再交付申請書

年 月 日

品川 区 長 あて

申請者  
住所 品川区 広町2-1-36  
氏名 品川 太郎 品川 印

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。

記

児童氏名	品川 花子	生年月日	H28年 2月 8日
児童氏名		生年月日	年 月 日
児童氏名		生年月日	年 月 日
児童氏名		生年月日	年 月 日
申請理由	<input checked="" type="radio"/> 1. 紛失    2. 破損    3. 汚損    4. 盗難 <input type="radio"/> 5. その他 ( )		
	具体的な理由 病院の帰り道で落とした。		

事務処理欄	認定番号	4	保険証確認	確認有・確認無	受付者
	再交付年月日		旧医療証回収	回収済・未回収	
			申請処理	処理済・未処理	

再交付が必要な児童の氏名をご記入ください。

再交付の該当理由に○をつけてください。

申請者(保護者)の住所・氏名を記入し、捺印してください。

対象児童の生年月日をご記入ください。

記入しないでください。