第５号様式
（第８条関係）

子ども医療証再交付申請書

平成　　年　　月　　日

品　川　区　長　　あて

申請者

住所　品川区

氏名　　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		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
児　童　氏　名		生　年　月　日	年　　月　　日
申　請　理　由	１．紛失　　２．破損　　３．汚損　　４．盗難 ５．その他　（　　）		
	具体的な理由		

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	