

第四号様式（第八条関係）

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

年 月 日

（あて先）中 央 区 長

住 所

氏 名

下記の理由により、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

- 1 なくした      2 破いた      3 汚した      4 その他

（具体的に書いてください。）