様式第４号(第８条関係)

㊒　高校生等医療費助成制度
㊑　義務教育就学児医療費助成制度　　医療証再交付申請書
㊔　乳幼児医療費助成制度

年　　月　　日

（あて先）　三鷹市長

住　所

氏　名

次の理由により、高校生等医療費助成制度／義務教育就学児医療費助成制度／乳幼児医療費助成制度　の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号	□ 8 9 1 3 7 2 7 7 □ 8 9 1 3 5 2 7 1	㊒
	□ 8 8 1 3 7 2 7 8 □ 8 8 1 3 5 2 7 2	㊑
	□ 8 8 1 3 8 2 7 6 □ 8 8 1 3 2 2 7 9	㊔
受給者番号		
対象児童　氏名		
対象児童　生年月日	年　　月　　日	

申請理由

１　紛失　　２　破損　　３　汚損　　４　その他(具体的に書いてください。)

※　市記入欄

医療証交付年月日　　年　　月　　日