

こども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

門真市長 様

申請者	住所	門真市	
	氏名		電話 — —

以下のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由	1 なくしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()
------	---------------------------------------

受給者番号								受給者氏名	
住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()								
生年月日	H・R 年 月 日								

受給者番号								受給者氏名	
住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()								
生年月日	H・R 年 月 日								

受給者番号								受給者氏名	
住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()								
生年月日	H・R 年 月 日								

受給者番号								受給者氏名	
住所	1 申請者に同じ 2 その他 ()								
生年月日	H・R 年 月 日								

備考 申請理由の2又は3に該当する場合は、医療証を添付してください。

加入保険確認	現物・システム・その他 ()・未確認 ()	
申請者本人確認	個人番号カード・運転免許証・その他 ()	
受付日		受付