

第四号様式（第十一条関係）

子ども医療費助成制度  
医療証再交付申請書

年 月 日

檜原村長 殿

住所 東京都西多摩郡檜原村  
氏名

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。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								
児 童	氏 名							
	生年月日							

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)

記入例

子ども医療費助成制度  
医療証再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

檜原村長 殿

住所 東京都西多摩郡檜原村 2717

氏名 檜原 太郎

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。

医療証番号

負担者番号		8	8	1	3	〇	〇	〇	〇
受給者番号		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
児 童	氏名	檜原 一郎							
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日							

医療証交付年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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)