

乳幼児・義務教育就学児医療証用（見本）  
医療証の再発行

発行済 /

乳幼児・義務教育就学児・高校生等  
医療費助成  
医療証再交付申請

窓口にて提出する日をご記入ください。

稲城市長 殿

申請日	令和	元年	7月	10日
住所	稲城市	東長沼2111-101		
氏名	稲城 梨之助			
生年月日	昭和 平成	●年	●月	●日

医療証の保護者（親）の氏名・住所をご記入ください。

再発行を希望する医療証の児童の氏名・生年月日をご記入ください。  
（負担者番号・受給者番号は空欄でかまいません）

教育就学児・高校生等医療費助成制度

1 医療証番号

負担者番号	8								
受給者番号	6								
児童	ふりがな	いなぎ さぶろう							
	氏名	稲城 三郎							
	生年月日	平成 令和	●年	●月	●日				

2 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。）

該当するものにマルを付けてください。  
なお、破いたり汚したりした医療証については返却してください。

3