

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

年 月 日

渋谷区長 殿

保護者 住所 _____

氏名 _____

下記のとおり、医療証の再交付を申請します。

記

医療証の種類	1 ㊦医療証（乳幼児） 2 ㊧医療証（児童：小中学生）
負担者番号	8 8 1 3
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。）

[]

再交付年月日 年 月 日
決 定 年 月 日