

医療証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 厚 木 市 長

申 請 者 住 所 厚木市

申 請 者 氏 名

対象子ども氏名

次の理由により、子ども医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

申 請 理 由

- 1 な く し た
- 2 破 い た
- 3 汚 し た
- 4 そ の 他 （具体的に記載してください。）

いずれかのコピーを添付してください

- ☐ 健康保険証、資格確認書の写し
- ☐ マイナンバーカード（表面）の写し

貼付欄

※職員処理欄

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

収受印