

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

- なくした
- 破いた
- 汚した
- その他（具体的に記載してください。）

お子様の健康保険証の写しを添付してください。

※職員処理欄

| | | | | | | | |
|---------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 保険変更の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | |

収受印