

様式第4号(第8条関係)

- ④ 高校生等医療費助成制度
- ⑤ 義務教育就学児医療費助成制度 医療証再交付申請書
- ⑥ 乳幼児医療費助成制度

年 月 日

(あて先) 三鷹市長

住 所

氏 名

高校生等医療費助成制度
 次の理由により、義務教育就学児医療費助成制度 の医療証の再交付を申請します。
 乳幼児医療費助成制度

医療証番号

負 担 者 番 号	<input type="checkbox"/>	8	9	1	3	7	2	7	7	④
	<input type="checkbox"/>	8	9	1	3	5	2	7	1	
	<input type="checkbox"/>	8	8	1	3	7	2	7	8	⑤
	<input type="checkbox"/>	8	8	1	3	5	2	7	2	
	<input type="checkbox"/>	8	8	1	3	8	2	7	6	⑥
	<input type="checkbox"/>	8	8	1	3	2	2	7	9	
受 給 者 番 号										
対 象 児 童	氏 名									
	生 年 月 日	年 月 日								

申請理由

- 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他(具体的に書いてください。)

※ 市記入欄

医療証交付年月日

年 月 日