

様式第3号（第11条関係）

子 供 医 療 費 助 成 制 度
医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

西東京市長 宛

住 所 西東京市

医療証の申請者氏名

印

電 話 ()

下記の理由により、子供医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号	負担者番号	8	8	1	3				
	受給者番号								
対象子供	氏名								
	生年月日								
						種別	乳・子		

医療証有効期間

年 月 日 から 年 月 日

申請理由

- 1 なくした 2 破いた 3 汚した
4 その他 ()

医療証再交付		受付者
窓口	/	
郵送		

※ 記名押印に代えて署名することができます。