第10号様式

（こども医療費助成用）

医　療　証　再　交　付　申　請　書

お持ちの医療証に記載されている負担者番号、受給者番号を記入してください。申請の理由が紛失の場合は記入不要です。

医　療　証	負担者番号	8 1 1 4 0 1 0 5	
	医療証番号	1 2 3 4 5 6 7	
対　象　者	フリガナ	サガミ　ハナコ	
	氏名	相模　花子	生　年　月　日 平成〇〇年　〇　月　〇　日
	住所	相模原市中央区中央2-11-15	
申請の理由	1　紛失したため　　(3)　汚したため 2　破ったため　　4　その他（　　） 該当する申請事由を〇で囲んでください。　再交付事由発生年月日 令和〇〇年　〇　月　〇日		

事由が発生した年月日を記入してください。

上記のとおり医療証の再交付を申請します。

令和〇〇 年　〇　月　〇　日

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者の住所・氏名を記入してください。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

相模原市長　あて

＊処理事項	医療証交付	年　月　日　郵送					
	備　考		電算処理欄				

・ ＊印の欄は記入しないで下さい。
・ 医療証が破れたり、よごれたりしたときは、その医療証をこの申請書に添付してください。
・ 紛失した医療証を発見したときは、その医療証をただちに返還してください。
・ 字はかい書で、はっきり書いてください。

子育て給付課　医療給付班(電話042－704－8908)