

# 医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 東京都板橋区長

住 所

氏 名

下記の理由により、子ども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								
子 ど も	氏 名							
	生 年 月 日	年 月 日						

医療証交付年月日

年 月 日

申 請 理 由

区処理欄

加入保険	都外国保・都外国保以外		交付方法	窓口 ・ 郵送
窓口受付	入力	照合	発送	