

記入例

医療証再交付申請書

書類の記入日

令和6年1月15日

(宛先) 東京都板橋区長

住所 板橋区板橋二丁目66番1号

保護者氏名 板橋 親一

電話 03-3579-2374

下記の理由により、子ども医療費助

いずれかに✓を付けてください

医療証番号

負担者番号 (いずれかに✓)		<input checked="" type="checkbox"/> 乳 8 8 1 3 2 1 9 6
		<input type="checkbox"/> 子 8 8 1 3 5 1 9 9
		<input type="checkbox"/> 青 8 9 1 3 5 1 9 8
受給者番号		
子ども	氏名	板橋 マル子
	生年月日	令和6年1月1日

記入不要

申請理由 (いずれかに○)

いずれかに○を付けてください

紛失した ・ 破れた ・ 汚れた ・ 届いていない

その他 (※具体的にご記入ください)

記入不要

区処理欄

加入保険	医療証再交付	窓口受付	入力	照合	発送
都外国保 ・ 都外国保以外	窓口 ・ 郵送				