

乳幼児・子ども・高校生等医療証再交付申請書

子 ども 氏 名	生 年 月 日	受 給 者 番 号
フリガナ	年 月 日	
フリガナ	年 月 日	
フリガナ	年 月 日	
再交付理由	1 失くした 2 破いた 3 汚した 4 その他（具体的に書いてください）	
上記の理由により、乳幼児・子ども・高校生等医療証の再交付を申請します。 荒 川 区 長 殿 年 月 日 住 所 荒川区 _____ 丁目 番 号 電話番号 _____ 保護者等氏名 _____		

***事務処理欄**

交付年月日	年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送	受付印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
保険変更	有 ・ 無	本人確認	免・保・他 ()	
	有 → 変更届 済・未	備 考		