

子ども医療証再交付申請書

年 月 日

文京区長殿

申請者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

下記のとおり、文京区子どもの医療費の助成に関する条例に基づく医療証の再交付を申請します。

記

受給者番号								申請理由	(1) 無くした (2) 破いた (3) 汚した (4) 未着 (5) その他 ()	※処理欄 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 発送 /
子ども氏名										
生年月日	年 月 日									

受給者番号								申請理由	(1) 無くした (2) 破いた (3) 汚した (4) 未着 (5) その他 ()	※処理欄 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 発送 /
子ども氏名										
生年月日	年 月 日									

受給者番号								申請理由	(1) 無くした (2) 破いた (3) 汚した (4) 未着 (5) その他 ()	※処理欄 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 発送 /
子ども氏名										
生年月日	年 月 日									

受領確認のため、「子ども医療証再交付申請書」のご提出をお願いいたします。

FAXまたは郵送でも受け付けております。

問い合わせ先

【コールセンター】TEL:03-5803-1288

届出など

文京区子育て支援課児童給付係

〒112-8555 文京区春日1-16-21 シビックセンター5階南側

FAX:03-5803-1345