

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　　アラカワ　タロウ		××年　×月　×日	2 1 2 3 4 5 6
荒　川　太　郎			
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　荒川2　丁目　2　番　3-106　号			
電話番号　090-1234-5678			
保護者等氏名　荒　川　一　郎			

*事務処理欄

交付年月日	年　　月　　日	交付方法	窓口　・　郵送	受付印
保険変更	有　・　無	本人確認	免・保・他（　　）	
	有　→　変更届　済・未	備　　考		