

こども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

高 石 市 長 殿

申請者	住 所
	氏 名
	続 柄 TEL

医療証を 破損 ・ 汚損 ・紛失 したので、再交付を申請します。

住 所	高石市 丁 目 番 号			
受給者	氏 名	性 別	生 年 月 日	受給者番号
		男 女	平成 年 月 日 令和	

- 注意 1. 医療証を破損または汚損したときは、その医療証を添付してください。
2. 紛失した医療証を発見したときは、直ちにお返ください。

台帳	医療証	電算