

様式第3号

子ども医療証再交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長 あて

申請者 住所

氏名

電話

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		1 無くしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日

<記入例>

様式第3号

子ども医療証再交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

吹田市長 あて

申請者 住所 吹田市泉町1-3-40

(受給者)氏名 吹田 太郎 (被保険者名)

電話 6384-1231

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

申請理由		① 無くしたため 2 破れたため 3 汚れたため 4 その他 ()
子ども	住所	吹田市泉町1-3-40
	氏名	吹田 一郎 (※児童の名前)
	生年月日	平成 ○ 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日