

第7号様式（第10条関係）

小児医療費助成事業医療証再交付申請書

年 月 日

逗子市長

申請者 住 所
氏 名
電 話

小児医療費助成事業医療証の再交付を申請します。

対 象 小 児	フリガナ			住所	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	受給者 番号		

申請理由

- 1 破損 2 汚損 3 紛失 4 未着 5 その他（ ）

添付書類

- 1 医療保険各法による被扶養者(国民健康保険法による場合には、被保険者)であることを証する書類
2 小児を養育していることを証する書類
3 上記1・2のほか、市長が必要と認める書類（ ）

医療証交付年月日 年 月 日

事務 処理 欄	交付方法	郵送 ・ 窓口	保険の種類	社保 ・ 国保 国組(県内) ・ 国組(全国) 国組(県外) → 償還払専用
---------------	------	---------	-------	--