

記入日をご記入ください

⑧ 医療証再交付申請書

年 月 日

新宿区長 あて

申請者の住所・氏名を  
ご記入ください。

住 所

氏 名

下記の理由により、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								

医療証交付年月日

年 月 日

医療証番号・医療証交  
付年月日ともに記入は  
不要です。

申請理由

- 1 なくした      2 破いた      3 汚した      4 その他  
(具体的に書いてください)

申請理由の該当の番号  
に○をつけてくださ  
い。具体的な理由の記  
入もお願いします。