

医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

日の出町長 殿

住所  
氏名

下記の理由により、高校生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								
高校生等	氏名							
	生年月日							

医療証交付年月日

年 月 日

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)