

記入例

①親②乳③子④青医療証 再交付申請書

調布市長 宛

医療証に記載されている受給者(保護者)の
住所・氏名・生年月日を記入してください。

令和 7 年 10 月 1 日

住 所

調布市 小島町2-35-1

ふりがな

ちょうふ たろう

受給者氏名

(保護者氏名)

調布 太郎

生年月日

昭和 54 年 3 月 21 日

該当の医療費助成制度にチェックを付けてください。

下記の申請理由により、医療証の再交付申請をします。

[☒ ②乳医療証 ☒ ③子医療証 ☐ ④青医療証 ☐ ①親医療証]

いずれかに○を付けてください。

申請理由 ① 破 損 2 汚 損 3 紛 失

再交付を希望する子どもの
氏名と生年月日を記入してください。

②乳・③子・④青医療証再交付対象者

氏名 調布 花子 (平成 27 年 1 月 1 日生)

氏名 調布 二郎 (令和 3 年 2 月 2 日生)

氏名 (年 月 日生)

氏名 (年 月 日生)

受 付

※事務処理欄

医療証交付年月日 年 月 日

交付方法 郵送 ・ 窓口