

# 子 ども 医 療 証 再 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

申請者（保護者） 住所 金沢市

氏名

医療証を（ 紛失・破損 ）したので再交付を申請します。

医 療 証 番 号			
ふ り が な 子 ど も 氏 名		生年月日	平成 令和 年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

※ 処 理 欄	医療証の送付は 要（未交付） ・ 不要（交付済）
---------	--------------------------

本人 確認	個人 免許 手帳 在留 旅券	保険 介護 年金 その他	確認 不可	その他
----------	----------------	--------------	----------	-----

口 座	保 険	入 力	郵 便	備 考