

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	□申請者と同じ		

※ 处理欄	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