

年 月 日

## 医療証再交付申込書

府中市長

住所 府中市 町 丁目 番地の

氏名 印

電話 ( ) -

医療証の再交付を、次のとおり申込みします。

医療証

負担者番号	8	8	1	3				
受給者番号								
子ども	フリガナ名							
	生年月日							

医療証交付年月日

年 月 日

申込理由

1 なくした 2 よごした 3 やぶいた 4 その他

(具体的に書いてください。)