第4号様式（第11条関係）

・・　医療証再交付申請書

年　　月　　日

東京都大島町長　殿

住　所

氏　名

電　話

下記の理由により、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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者 | 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）