

ひとり親家庭医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

会津若松市長 あて

住 所 会津若松市

申請者 氏 名

電 話 ( )

破 損  
ひとり親家庭医療費受給資格者証を したため、再交付を受けたいので申請します。  
亡 失

受給者番号			
加入 健康 保 険	被保険者名	記号	保険者番号
		番号	
	保険者名称		資格取得年月日 年 月 日