

乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

会津若松市長

住所 会津若松市

申請者

氏名

印

乳幼児医療費受給資格者証を 破損 紛失 したので、再交付願いたく申請します。

受給者証番号	受給者氏名	
乳幼児氏名	生年月日 年 月 日生	
加入 健康 保険	被保険者氏名	
	記号	番号
	保険者名	保険者番号
備考		