

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

会津若松市長（あて）

住 所 会津若松市
申請者
氏 名

破 損
子ども医療費受給資格証を
紛 失
したので、再交付願いたく申請します。

受給資格証番号	子どもの氏名	生年月日 年 月 日生
受給資格証番号	子どもの氏名	生年月日 年 月 日生
受給資格証番号	子どもの氏名	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		