

第7号様式(第14条関係)

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
申請者 氏名
電話 ()

ひとり親家庭医療費受給資格者証を破損したため、再交付を受けたいので申請しま
す。

受給者番号			
加入健康保険	被保険者名 ☐ 別添のとおり	記号	保険者番号
		番号	
	保険者名称		資格取得月日 年 月 日