

ひとり親家庭医療費受給者証再交付申請書

受給者証番号	第 号		
受給者氏名		男・女	T・S H・R 年 月 日生
医療保険種別		医療保険 記号番号	
保 険 者 名			
再交付申請理由	1 破損（汚損） 2 紛失 3 その他（ ）		

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

届出人（受給者等）

住 所 岩手県岩手郡雫石町

氏 名

雫石町長 猿子 恵久 殿