

様式第5号 (第11条関係)

乳幼児医療費受給資格証再交付申請書

保 護 者	氏名		生年月日	平成	年	月	日
	住所				乳児との続柄		
	加入保険						
	記号番号						
	保険者名						
乳 幼 児	氏名		生年月日	平成	年	月	日
	住所						

乳幼児医療費受給資格証を亡失（き損）したので、再交付されたく申請します。

平成 年 月 日

只見町長

(届出人) 只見町大字 字

氏名 \_\_\_\_\_ (印)