乳　幼　児
妊　産　婦
児　童　生　徒
重度心身障害者　　医　療　費　受　給　者　証　再　交　付　申　請　書
ひとり親家庭
寡　　婦

受給者証番号	第　　号		
受給者氏名		男・女	T・S・H・R 年　月　日生
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

氏　名

電話番号

一戸町長　　様