□子どもの医療費
□ひとり親家庭等医療費　受給者証再交付申請書
□妊産婦医療費

氏　　名	生　年　月　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日

住　所	南魚沼市 電話（　　）　　―

受給者証を（　破損　・　紛失　・　その他　）のため、再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（あて先）
南 魚 沼 市 長

処理欄　　・郵送してください　　・証交付済み　　・その他		
備　考 人	受付者	