様式第３号（第６条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">妊産婦医療費受給資格者証再交付申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給資格者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">南会津町</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険証記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出産予定日</td><td>年　　月　　日</td><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">妊産婦医療費受給資格者証を　汚損・亡失　したので再交付願います。

年　　月　　日

南会津町長

申請人　住　所
氏　名</td></tr>
</table>