

福祉医療費受給者再交付届出書

(あて先) 周南市長		提出日	年 月 日						
保護者氏名									
現住所									
T E L									
受給者氏名	生年月日	受給者証番号							
	個人番号								
	年 月 日								
	個人番号								
	年 月 日								
	個人番号								
	年 月 日								
	個人番号								
下記理由により再交付を申請します。									
理 由 (医療保険がわかるものを添付)									
1. 紛失									
2. 破損 ※受給者証を添付									
3. 汚損 ※受給者証を添付									

※個人番号は保険の内容がわかる場合は記入不要です。

職員処理欄

保険確認 コピー添付 ・ マイナポータル目視

受給者証回収 済 ・ 未

交 付 日 年 月 日 (窓口 ・ 郵送)

決 裁	課長	課長補佐	係長	係

受付者	受付印