

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										
TEL										
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)

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係

受付者