

〈記入例〉

福祉医療費受給者再交付届出書

(あて先) 周南市長

提出日

R7年4月13日

保護者氏名	周南 太郎									
現住所	周南市岐山通1丁目1番地									
TEL	090-1234-5678									
受給者氏名	生年月日		受給者証番号							
	個人番号									
周南 一郎	H30年4月1日		7	6	0	1	2	3	4	
	個人番号									
周南 花子	R6年5月6日		7	3	5	6	7	8	9	
	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

紛失の場合は対象児童の医療保険の資格がわかるものを添付してください。

例：資格確認書・資格情報のお知らせ
マイナポータルの健康保険画面の印刷 など

破損・汚損の場合は今お持ちの受給者証を添付して下さい