

様式第3号(第5条関係)

福 医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号		対 象 者 氏 名			
受 給 者 番 号			年	月	日 生
再 交 付 申 請 の 理 由	☐ 紛失				
	☐ 汚損				
	☐ その他（ ）				
誓 約 書 受給者証を発見したときは、直ちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約します。 受 給 者					
上記のとおり申請します。 年 月 日 下妻市長 様 申 請 者 住 所 〔 受給者又は 保 護 者 等 〕 氏 名 電話番号					

記入例

<再交付の流れ>

- ① 以下の記入例を参考に再交付申請書を記入
 - ② 再交付対象者の方の保険証のコピー及び申請者の本人確認書類（免許証等）のコピーを同封し、保険年金課へ送る
 - ③ 保険年金課から受給者証を再交付対象者の住所に送付
- ※ 登録の保険証情報と相違がある場合は手続きが必要になる場合があります

福 医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号		対 象 者 氏 名	※再交付が必要な方の氏名・生年月日
受 給 者 番 号			年 月 日 生
再 交 付 申 請 の 理 由	☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他（ ）		
※当てはまる箇所にチェックを入れてください			
誓 約 書 受給者証を発見したときは、直ちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約します。 受 給 者 ※本人または保護者の方の氏名			
上記のとおり申請します。 年 月 日 ※記入日 下妻市長 様 申 請 者 住 所 ※本人または保護者の方の住所・氏名・電話番号 〔受給者又は保護者等〕 氏 名 電話番号			

申請書送付先：〒304-8501

茨城県下妻市本城町3丁目13番地

下妻市役所 保険年金課 医療福祉係