

記入例

再交付する方の氏名と生年月日を記入。

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	坂 東 一
受給者番号		氏 名	平成28年 1月 1日
再交付申請の理由	紛失のため 再交付する理由を記入。		
誓 約 書			
受給者証を発見したときは、ただちに返納します。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いたします。			
			受給者の氏名を記入。
			受給者 坂 東 一 (坂)
上記のとおり申請します。			
令和3年 7月 15日			
坂 東 市 長 様			
		申請者	住所 坂東市岩井4365
		(受給者又は保護者)	氏名 坂 桜子 (坂)

郵送の場合は、受給者の保険証のコピーを添付し、
〒306-0692 坂東市岩井4365番地 坂東市役所 保険年金課 医療福祉係
までお送りください。