

下諏訪町福祉医療費受給者証再交付申請書

3 年 4 月 10 日

下 諏 訪 町 長 様

届出人 住 所 下諏訪町 1 2 3 番地 4 5

窓口に来た人 または 申請書
を書いた人の住所・名前・電話番
号をお書きください。受給者本人
でなくても結構です。

氏 名 国保 太郎
(受給者との続柄 父)
電話番号 090-1234-5678

下諏訪町福祉医療費受給者証を 毀損 紛失 しましたので再交付されたく申請します。

記

対象者氏名	国保 花子	受給区分	乳幼児 ・ 障害者 ・ 母子 ・ 父子
生年月日	R 1 年 8 月 1 日	受給者番号	00077235
	年 月 日		受給者証に 記載があります。
	年 月 日		
加入 医療保険	記号 33991203	番号 247	
	名称 全国健康保険協会 長野支部		
申請年月日	3 年 4 月 10 日		

入力	受付