様式第４号（第６条関係）

下諏訪町福祉医療費受給者証再交付申請書

令和　○　年　○　月　○　日

下 諏 訪 町 長　様

届出人　　住　所　　下諏訪町　１２３　番地　４５

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	Ｒ１　年　８　月　１　日	受給者番号	00077235
	年　月　日		
	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	令和　○　年　○　月　○　日		

受給者証に記載があります。

入力	受付