

入力	確認

福祉医療費受給者証再交付申請書

【こども医療】

岩 国 市 長 殿

年 月 日

住所 岩国市 町 丁目 番 号

申請者 氏名

受給者証	記号番号	受給者氏名	生年月日

(再交付の理由)

1. なくしたため
2. 破り、よごしたため
3. その他 ()

備考	☐ 運転免許証
	☐ 当日 手渡し ☐ 健康保険証 により確認
	☐ その他 ()
	☐ 当日 郵送済
	☐ 後日 郵送 (月 日)

〔注意〕 1. この申請書には、損傷した受給者証を付けてください。

2. 再交付後に、なくなった受給者証が見つかった場合は返却してください。

3. 本人確認のできる身分証明書が無い場合は、郵送になります。