

様式第5号 (第8条関係)

年 月 日

北上市長様

申請者 住所

(受給者等) 氏名

福祉医療費給付受給者証再交付申請書

次のとおり、受給者証の再交付を申請します。

受給者証番号	第 06 - - - - - 号		
受給者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
保険種別		保険証記号番号	
保険者名			
再交付申請理由	1 破損(汚損) 2 紛失 3 その他()		
摘要			