

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 0 6 - - 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			