

現在お持ちのマル福・すこやか医療の受給者証を参考に、上段に、受給者証の公費負担者番号、下段に、受給者番号をご記入ください。受給者証がお手元に1枚も残っていない場合は、公費負担者番号・受給者番号は記入しなくて構いません。

## 医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号	84080902	対象者	モリヤ イチロウ 守谷 市郎	男 女
受給者番号	1234567	氏名	令和元年 5月 1日生	

再交付申請の理由	紛失 汚損 盗難 その他 ( )
----------	---------------------------

再交付理由に「○ (マル)」を付けてください。

### 誓約書

受給者証を発見したときは、直ちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約いたします。

上記の受給者氏名をご記入の上、押印ください。

受給者

守谷 市郎

印

上記のとおり申請します。

令和元年 9月 20日

守谷市長 あて

提出年月日をご記入ください。

申請者

住所 守谷市大柏950番地の1

申請者又は保護者  
( )

氏名 守谷 明美

印

上記の受給者のご両親など、申請者氏名をご記入の上、押印ください。

※マル福・すこやか医療の対象者の保険証のコピーを必ず添付してください。

※記入を誤った箇所は、二重線を引き、訂正印を押して訂正してください。