

福祉医療費受給者証再交付申請書

（重度心身障害者用）

1 再交付を希望する受給者

受給者証 記号・番号	—			
フリガナ		生年 月日	年 月 日	男 ・ 女
氏 名				
住 所	下関市			

2 再交付を必要とする理由

受給者証を失ったときの事情	1 破損 2 紛失 3 その他（ ）
受給者証を失った日	年 月 日頃
受給者証を失った場所	

3 同意事項

福祉医療費受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものです。今後は紛失等のないよう大切に保管してください。

上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 下関市

氏 名 _____

電 話 — _____

※申請代理人のとき 代理人氏名 _____

受給者との続柄 _____

電 話 — _____

(宛先) 下 関 市 長

福祉医療費受給者証再交付申請書

(重度心身障害者用)

1 再交付を希望する受給者

受給者証 記号・番号	62 - 123456			
フリガナ	シモノセキ ハナコ	生年月日	平成31年2月9日	男・女
氏名	下関 花子			女
住所	下関市 南部町1番1号			

2 再交付を必要とする理由

受給者証を失ったときの事情	1 破損 2 紛失 3 その他 ()
受給者証を失った日	令和 3 年 3 月 10 日頃
受給者証を失った場所	不明

3 同意事項

福祉医療費受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものです。今後は紛失等のないよう大切に保管してください。

上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の再交付を申請します。

令和 3 年 4 月 1 日

申請者 住所 下関市 南部町1番1号

氏名 下関 花子

電話 231 - 1111

※申請代理人のとき 代理人氏名 下関 三郎

受給者との続柄 子

電話 231 - 1917

(宛先) 下関市長