様式第16号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費医療証(資格証)破損・亡失届 | | | | | | | | | | |
| 助成対象者 | 氏名 |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | |
| 居住地 |  | | | | | | | | |
| 医療証(資格証)受給者番号 | | | |  | | | | | |
| 被保険者(組合員)名 |  | | | | | 加入医療保険 | | 保険者名 | |  |
| 記号番号  （枝番） | |  |
| 福祉医療費医療証(資格証)を | | | 破損  亡失 | したのでお届けします。 | | | | | | |
| 年　　月　　日  住所  届出人  氏名  (助成対象者との続柄　　　　　　　)  　　出雲市長　　　　様 | | | | | | | | | | |