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 |