

様式第5号(第8条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証再交付申請書

高岡市長 あて

次のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の再交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒  電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		
	フリガナ		
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒  電話番号	

申請の理由	1 紛失・消失    2 破損・汚損    3 その他(    )
-------	-----------------------------------

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--