

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	医療証（資格証）受給者番号	
	男 女			
居 住 地				
被 保 険 者  (組合員) 名	加入 医療 保険	保 険 者 名		
		記 号 番 号		

福祉医療費医療証（資格証）を破損したのでお届けします。  
亡失

年 月 日

住 所

届出人

氏 名

(助成対象者との続柄 )

(あて先) 松江市長