

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