

<改正後>

様式第 11 号(第 8 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                    | 医療証(資格証)の受給者番号 |  |
|                                       |     | ・                          | ・              |  |
| 居 住 地                                 |     |                            |                |  |
| 被 保 険 者<br>(組 合 員) 名                  |     | 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>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。<br>亡 失 |     |                            |                |  |
| 年 月 日                                 |     |                            |                |  |
| 届出人 住 所<br>氏 名<br>(助成対象者との続柄 )        |     |                            |                |  |
| (あて先)松江市長                             |     |                            |                |  |